52 Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt an der Universitäts-Frauenklinik München.

(Mit einem Nachtrag.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

vorgelegt von

Ernst Weile.

Berlin 1912.
Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Döderlein.

Meinem lieben Vater

und dem Andenken

meiner verstorbenen Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545821_0183

Die Sectio caesarea gehört zu den ältesten geburtshilflich-chirurgischen Operationen, und ihre Geschichte greift weit bis in die ältesten Zeiten zurück. Bei einzelnen Kulturvölkern des Altertums war der Kaiserschnitt an der Toten zum Gesetz erhoben. Ein ehrwürdiges Denkmal aus dieser Zeit ist die dem Numa Pompilius zugeschriebene Lex regia: „Negat lex regia, mulierem, quae praegnans mortua sit, humari antequam partus ei excidatur: qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur."

Ob auch an der Lebenden von den alten Völkern der Kaiserschnitt ausgeführt wurde, ist nach den Angaben der alten Historiker nicht zu erweisen, und so ist der als erster historisch beglaubigte Kaiserschnitt, der vom Chirurgen Jeremias Trautmann am 21. April 1610 zu Wittenberg bei einer Hernia uteri gravidi ausgeführte und von Daniel Sennert berichtete anzusehen. Seitdem nahmen besonders die Franzosen die Operation auf, so Chr. Étienne, François Rousset und seine Schüler. Besonders Levret brachte um die Mitte des 18. Jahrhunderts Leben und vorsichtige Berechnung in die Methode des Kaiserschnitts, wie Kilian sagt. Er suchte die Indikationen genauer abzugrenzen, er erkennt nur eine einzige für die Ausführung des Kaiserschnitts an: die absolute Beckenenge. Die Schule Levrets suchte in Deutschland der alte Stein zu vertreten und Metz, Michaelis und Winckel haben gegenüber anderen Operateuren relativ gute Erfolge zu verzeichnen. Jedoch kamen ihre günstigen Resultate

gegenüber der Gesamtmortalität kaum in Betracht. Michaelis berechnet die Mortalität der Mütter auf 52%, Kayser (Kopenhagen 1844) sogar auf 62%. Beide hielten aber dies Verhältnis für noch viel zu günstig, da eine große Zahl von unglücklichen Kaiserschnitten nie zur öffentlichen Kenntnis kam. Daher ist die Zahl, die Peter Müller aus vielen gesammelten Fällen angibt, nicht zu hoch gegriffen. Nach ihm beträgt die Sterblichkeit 85%.

Bei dem Mangel an Erkenntnis für die Wundheilung waren die Gefahren für die Operierten zu groß.

Die an sich schon heftige Blutung bei der Öffnung des Uterus wurde noch gesteigert, wenn die Placenta im Schnittbereich lag und manuell rasch gelöst wurde.

Der Schutz der Bauchhöhle vor dem Einfließen von Blut und Fruchtwasser war nur unvollkommen, und Bakterien konnten hier einen ihnen zusagenden Nährboden finden.

Da die Uteruswunde meist gar nicht oder nur mangelhaft geschlossen wurde, so drohten auch noch die Nachblutungen aus der Uteruswunde in die Bauchhöhle dem Leben der Mutter.

Als Hauptgefahr aber drohte die fast stets tödliche Peritonitis. Bei infiziertem Fruchtwasser war sie ziemlich sicher, und die Überschwemmung des Bauchfells mit dem flüssigen Uterusinhalt war selbst bei guter Technik des Operateurs kaum vermeidbar.

Nebenverletzungen von Darm und Blase während der Operation waren nicht selten.

Gefahren boten ferner die Möglichkeit der Entstehung von Bauchhernien und die Verwachsungen der meist ziemlich großen Uteruswunde mit den beweglichen Darmschlingen.

Die Notwendigkeit der Operation aber war in vielen Fällen gegeben und trotz der Gefahren und Kompli-

kationen indiziert, um das Leben des Kindes und besonders das der Mutter zu retten.

So war es unter diesen Umständen zu verstehen, welche begeisterte Aufnahme überall die Operationsmethode Porros fand (1876). Er amputierte den entbundenen Uterus suprazervikal mitsamt seinen Adnexen. Mit seiner Methode wollte man die Hauptgefahr, die Infektion des Peritoneums verhindern, weiter die Bauchhöhle gegen sekundäre Blutungen sichern und die Gefahren ausschalten, die von seiten des entbundenen Uterus drohen konnten. Die anfangs schlechten Resultate der Anhänger Porros, die er besonders in Italien und Frankreich fand, gestalteten sich in den folgenden Jahren günstiger unter dem Schutze des antiseptischen Verfahrens. So kam es, daß Peter Müller diese Operation bereits als den „modernen Kaiserschnitt" bezeichnete. War doch die mittlere Sterblichkeit gegenüber dem alten Kaiserschnitt auf 22% gesunken. Doch gab es Stimmen, die sich gegen diese Verstümmelung der in den Fortpflanzungsjahren stehenden Frauen und gegen die Entfernung der Ovarien, die oftmals die unangenehmen „Ausfallserscheinungen" zur Folge hatten, mit aller Schärfe richteten. Olshausen, Bardenheuer, Kehrer u. a. sprachen sich gegen diese Operation aus, und Schröder betrachtete Porros Operation als eine Übergangsmethode, die durch eine prognostisch sichere Art des alten Kaiserschnitts zu ersetzen sei. So gab denn Porros Verfahren den richtigen Anstoß zu den Verbesserungen, welche den alten mit Recht gefürchteten Kaiserschnitt zu der Höhe des wirklich klassischen Kaiserschnitts gebracht haben.

Saenger war es, der im Jahre 1882 den alten Kaiserschnitt wieder zu Ehren brachte. „Die mit passendem Material und die in richtiger Weise unter

dem Schutze der Antisepsis ausgeführte Naht der Uteruswunde und der primäre Verschluß der Bauchwunde bildete gleichsam den Schlüssel des Erfolges.“ Sein zuerst von Leopold ausgeführtes Verfahren fand bei den verhältnismäßig günstigen Resultaten der Porro-Operation und bei der Furcht vor dem alten Kaiserschnitt wenig Freunde, und erst das Zurückbleiben der Mortalitätsziffer hinter der der Porro-Operation brachte Saengers Methode in Aufnahme, und genaue Festlegung der Vorbedingungen und Indikationen, dazu die bedeutsame Umwandlung der Antisepsis in Asepsis mehrten die Zahl der guten Resultate.

Trotzdem aber bestand die Hauptgefahr in der Eröffnung der Bauchhöhle und der damit verbundenen Möglichkeit der Infektion des Peritoneums. Sonach galt es, eine Methode zu finden, die diese Gefahren ausschloß und es erlaubte, das Kind oberhalb der knöchernen Geburtswege ohne Eröffnung des Bauchfells zur Welt zu befördern.

Ich möchte kurz auf die anatomischen Verhältnisse des Peritoneums zum Uterus und zur Blase hinweisen. Schon durch die Füllung der Blase werden Änderungen in der Tiefe der Plica vesico-uterina hervorgerufen. Das Bauchfell der Plica vesico-uterina wird der mehr oder minder starken Füllung der Blase entsprechend zur Bedeckung der hinteren Blasenwand verbraucht. Durch den Zug der Blase wird also schon der extraperitoneale Teil des Uterus auf Kosten des intraperitonealen Teils verlängert.

Ebenso wie die gefüllte Blase, so bringt auch der wachsende Uterus gravidus bedeutende Veränderungen in der Lage des Bauchfells zustande. Besonders Sellheim hat über die Bauchfellwanderung am schwangeren und kreißenden Uterus volle Klarheit verbreitet. In der Gravidität vergrößert sich der Uteruskörper und

zieht in seinem Wachstum das Bauchfell mit sich nach oben. Der schwangere Uterus zieht das Blasenperitoneum unter fortschreitender Abflachung der Plica vesicouterina zu sich herüber. Dadurch wandert die Grenze zwischen festem und verschieblichem Uterusbauchfell immer weiter nach oben, und es wird dadurch der untere Uterusabschnitt auf immer größere Strecken extraperitoneal verlagert. Dieser Zustand wird dann noch durch die Wehentätigkeit vermehrt. Je länger die Geburt dauert, je kräftiger die Wehen sind, je größer das zu überwindende Geburtshindernis ist, um so mehr verschiebt sich das Bauchfell nach oben, oder es besteht wenigstens die Aussicht, bei der Operation ein gelockertes, leicht verschiebliches Bauchfell vorzufinden. Liegen die Verhältnisse günstig, so ist in der Austreibungsperiode die Portio und Cervix uteri und die Blase so weit von Peritoneum entblößt, daß die Umschlagstelle des Peritoneums gerade noch die oberste Blasenkuppe berührt.

Schon Ritgen hatte 1820 den Weg, extraperitoneal zum Uterus zu gelangen, angestrebt, hatte aber wegen einer starken, nicht endgültig zu stillenden Blutung von diesem Plan abstehen müssen.

Als erstem gelang es im Jahre 1907 Frank, auf der Grundlage der anatomischen Verhältnisse eine neue praktische Methode für die Sectio caesarea zu finden und den Wert seiner Methode auf 13 erfolgreiche Operationen zu stützen. Nach seiner Ansicht kann das Loslösen des Peritoneums von der Blase, wenn es überhaupt gelingt, leicht zu Verletzungen der Blase, zu schwer zu stillenden Blutungen oder zum Einreißen des Peritoneums führen, Vorgänge, die für die Heilung der Wunde ungünstige Bedingungen schaffen mußten.

Er ging daher transperitoneal vor; er durchtrennte die Bauchdecken 1—2 cm oberhalb der Symphyse im

Querschnitt, und zwar so, daß die Muskeln nicht von ihrer Ansatzstelle getrennt wurden, sondern daß die Stümpfe stehen blieben, um die Muskel- und Fascien-naht später exakt ausführen zu können. Dann durchschnitt er auch das parietale Blatt des Peritoneums. Die Umschlagsfalte selbst ließ er unangetastet, durchtrennte das viscerale Blatt des Peritoneums oberhalb des unteren Uterinsegmentes und vereinigte nun durch die Naht das parietale und viscerale Blatt des Peritoneums. Damit erreichte er einen ziemlich sicheren Verschluß der Bauchhöhle. Erst jetzt begann die eigentlich entbindende Operation. Der Bauchfellüberzug wurde vom unteren Teile des Uterus zurückpräpariert, und der nun völlig extraperitoneal liegende zervikale Teil des Uterus ebenfalls im Querschnitt gespalten. Das ist im wesentlichen Franks Operationsweise, und von seinen 13 operierten Frauen ist keine einzige gestorben.

Seine Methode wurde allerorts aufgegriffen und in mannigfacher Weise modifiziert. Holzapfel berichtet in seinem „Rückblicke und Betrachtungen über die Sectio caesarea abdominalis inferior" aus dem Jahre 1909 von 23 Modifikationen.

Die Frage des extraperitonealen Kaiserschnitts hat nach Franks transperitonealem Vorgehen am meisten Sellheim gefördert. Er operierte als erster wirklich extraperitoneal. Er benutzte als Art der Wegbahnung durch die Bauchdecken den Pfannenstielschen Querschnitt, d. h. er durchtrennte nur Haut, Unterhautfettgewebe und Fascie. Er bildete sich einen oben und unten gut abgelösten Hautfascienlappen, so daß die Linea alba in der Länge von 15 cm zutage trat. Er ging dann in der Mittellinie ein und dislocierte die beiden Mm. recti nach außen. Mit größter Vorsicht schob er nun das Bauchfell von der Bauchwand ab,

was leicht gelang, auch seitlich ließ sich die Tasche des Bauchfells von der Blase leicht empordrängen, unter größten Schwierigkeiten gelang aber die Trennung von Peritoneum und Blasenscheitel in der Mittellinie.

Nach Frank und Sellheim bildeten sich nun zwei Parteien.

Frank folgten Baumm, Freund, Klein, Rubeska, Wiemer und andere. Auch Pfannenstiel mußte sich Franks Verfahren anschließen, da es ihm nicht gelang, extraperitoneal zu bleiben.

Mehr Glück als Pfannenstiel hatten Bumm, Czyzewicz, Hofmeier, Küstner. Ihnen gelang es wenigstens ein paarmal, extraperitoneal zu bleiben.

Und doch bezeichnet Küstner das transperitoneale Operieren nur als Kompromiß mit der technischen Möglichkeit. Der Schutz des Peritoneums vor Infektion ist mit einiger Sicherheit nur durch die Methode gewährleistet, bei welcher mit völliger Umgehung des Peritoneums der Weg zum Uterus gebahnt, also extraperitoneal und nicht transperitoneal operiert wird.

Diesen Gedanken Küstners in die Wirklichkeit umgesetzt zu haben, ist neben Latzko besonders das Verdienst Doederleins. Von den 52 Operationen, die seit Doederleins Direktion an der Münchener Frauenklinik ausgeführt worden sind, will ich im folgenden berichten.

Was den Verlauf der Operationen betrifft, so wurde stets in Äther-Chloroform-Narkose und in Beckenhochlagerung operiert. In einer großen Zahl von Fällen wurde so vorgegangen (Flankenschnitt nach Doederlein):

Es wird der Inguinalschnitt rechts längs des Poupartschen Bandes von der Spina ant. sup. bis zur Sym-

physe angelegt, der Haut, Fascia superf., M. obliquus abd. ext., dann M. obliquus abd. int. durchtrennt. Ist der M. rectus so breit, daß er medianwärts in das Wundgebiet kommt, so wird er etwas mobilisiert und auf die Seite geschoben. M. transv. abd. kommt nur im lateralen Teile in der Tiefe noch in das Wundgebiet. Darauf präsentieren sich nach Durchtrennung der Muskelplatte die Vasa epigastrica, die nach doppelter Unterbindung durchtrennt werden. Das lockere Zellgewebe über dem unteren Teil des Uterus wird stumpf zur Seite präpariert, und es wird so medianwärts bald der laterale Teil der Blase sichtbar, ebenso auch die an der Beckenwand verlaufenden großen Gefäße und auch meist das Lig. rotundum. Die Umschlagsfalte des Peritoneums liegt im obersten Wundgebiet und ist ohne jede Schwierigkeit abzuheben und, was aber nicht notwendig ist, nach oben zu dislocieren. Es wird nun etwa 1—2 cm von dem rechten lateralen Rande der Blase und parallel zu dieser in die Uteruswand eingeschnitten, die durch den meist vorliegenden Kopf stark vorgewölbt ist und durch die Wehentätigkeit auch verdünnt ist. Es blutet hierbei fast gar nicht, ab und zu wird dabei eine größere Vene durchschnitten. In Beckentieflagerung wird dann meist mittels der Zange das Kind entwickelt. Bei einem großen Kinde und schwieriger Extraktion kann hierbei leicht der Schnitt nach oben einreißen und dabei die Plica des Bauchfells verletzt werden. Diese wird dann sofort durch Naht geschlossen. In Beckenhochlagerung wird dann das Wundgebiet gesäubert, die Placenta exprimiert oder manuell gelöst. Darauf wird event. die Uterushöhle mit Jodoformgaze tamponiert und diese durch den Muttermund in die Scheide nach außen geleitet. Der Schnitt am Uterus wird dann durch fortlaufende Catgutnaht verschlossen, darüber eine ebensolche angelegt, die das

lockere Bindegewebe, das sich über der Blase befindet, über die Wunde zieht. In das Bindegewebe kommt dann ein Chrobrakscher Jodoformdocht, der zu dem medialen oder lateralen Wundwinkel behufs Drain nach außen geleitet wird. Darauf erfolgt die Fasciennaht und der Verschluß der Haut mit Michelschen Klammern.

In den andern Fällen wurde die Bauchhöhle teils mit Pfannenstielschem Querschnitt, teils im Längsschnitt nach Bummscher Modifikation eröffnet. Die Operation weicht dadurch in einigen Punkten von der mit dem seitlichen Flankenschnitt ab. In diesen Fällen wird die Blase event. nach ihrer Füllung, um ihre Konturen sichtbar zu machen, nach links oder rechts verschoben. Durch stumpfes Präparieren gelangt man auf die Plica vesico-uterina, die stumpf nach oben abgeschoben wird. Es präsentiert sich jetzt das untere Uterinsegment. Es wird mittels Längsschnitts in das untere Uterinsegment auf den Kopf des Kindes zu eingegangen und das Kind durch Forceps entwickelt. Die Placenta wird durch den Credéschen Handgriff oder manuell gelöst. Die Cervixwand wird mit fortlaufendem Jodcatgutfaden in zwei Etagen genäht, die Musculi recti mittels Knopfnähten in der Medianlinie wieder vereinigt. Das Fett wird ebenfalls durch fortlaufende Catgutnaht bis dicht unter die Bauchhaut aneinandergelegt, und zuletzt schließen Michelsche Klammern die Haut.

1. Fall.

K. W., 23 Jahre, I-Para. — Jahrgang 1908, Nr. 1314.
Geburtsdauer: 22 Stunden.
Indikation: Rhachitisch-plattes Becken I. Grades.
Operation: 30. XI. 08.
10. I. 09 Mutter und Kind gesund entlassen.

Als Kind Masern, Scharlach, Rhachitis. Erste Regel mit 14 Jahren, alle 4 Wochen regelmäßig. Im 17. Jahre 7 Monate Amenorrhöe. Letzte Regel 17. III. 08, 8 Tage lang und

schwach. In den ersten Monaten der Schwangerschaft viel Erbrechen.

Das Kind lebt, befindet sich in 2. HHL. und ist von ziemlicher Größe.

Beckenmaße: Sp. J. 25, Cr. J. 28, Tr. 31; Conj. ext. 18 ½, diag. 10 ½, vera direkt gemessen 8 cm.

Es liegt der Kopf vor, er steht beweglich über dem Beckeneingang.

Geburtsverlauf: Pat. hatte vor zwei Tagen schwache Wehen, die bald aber wieder vollständig aufhörten.

In der Nacht vom 29. zum 30. XI. Beginn regelrechter Wehen.

30. XI. 1^{30} a. m. Blasensprung.

30. XI. 11^{30} a. m. Der Kopf ist trotz kräftiger Wehen während der ganzen Nacht nicht ins Becken eingetreten. Die kindlichen Herztöne sind seit mehreren Stunden unregelmäßig. Es geht mekoniumhaltiges Fruchtwasser ab.

Operation: Schnitt nach Pfannenstiel. Es entsteht fast keine Blutung bei der Öffnung des sehr dünnen unteren Uterinsegmentes. Der Versuch, das Kind mit der bloßen Hand zu entwickeln, gelingt nicht. Forceps. Das Kind wird sofort abgenabelt und wiederbelebt. Im Uterus viel Mekonium. Die Placenta wird durch Credé entfernt.

Das Kind ist männlichen Geschlechts, ist nach 10 Minuten wieder belebt und lebt, es hat viel mekoniumhaltiges Fruchtwasser aspiriert. Länge 51 cm, Gewicht 3500 g.

Wochenbett: Pat. klagt in den ersten Tagen über Schmerzen in der Gegend des rechten Hüftgelenks. Sie bekommt Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Bei Druck auf die Wunde entleert sich reichlich dickflüssiger bräunlicher Eiter, der mit der Saugglocke abgesaugt wird.

Erst am 9. XII. ist der Ausfluß von Eiter sehr gering, die Temperatur, die bis dahin 38° und mehr hoch war, sinkt nun bis zum Normalen ab.

10. I. 09 wird die Pat. geheilt entlassen.

2. Fall.

M. W., 38 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1908, Kl. J. Nr. 1361.

Geburtsdauer: 4 Tage.

Indikation: Platt verengtes Becken II. Grades.

Operation: 10. XII. 08, 11^{0} a. m.

Ergebnis: 16. I. 09. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat Masern und Rhachitis durchgemacht. Die Regel trat mit 16 Jahren ein, dauerte nur zwei Tage, war sehr schwach, sonst aber regelmäßig. Später hat sie einen Gelenkrheumatismus und eine Appendicitis durchgemacht.

Die letzte Periode war am 22. II. wie gewöhnlich. Erste Kindsbewegungen bemerkte Pat. anfangs Juli, sie befand sich

während der Schwangerschaft wohl und ist jetzt am Ende der Schwangerschaft. Das Kind lebt, liegt in I. Schädellage und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 26, Cr. J. 30, Tr, 33,5; Conj. ext. 20, diag. 10, vera 8.

Befund: Die Portio ist verstrichen, es liegt der Kopf vor, der fest auf den Beckeneingang gepreßt ist. Der Muttermund ist fünfmarkstückgroß.

Geburtsverlauf: 6. XII. 08 früh Wehenbeginn, gleich darauf Blasensprung.

9. XII. 10^0 p. m. Die Pat. kommt mit Wehen auf den Saal, nachdem die Geburt schon drei Tage gedauert hat, die Blase ist gesprungen. Pat. ist bereits von zwei Ärzten draußen untersucht worden. Abgang von Mekonium. Kindliche Herztöne 168.

10. XII. 11^0 am Morgen: Operation, Pfannenstielschnitt. Das Peritoneum läßt sich leicht von der Cervix stumpf abpräparieren. Längsschnitt in den Uterus. Forceps. Die Uteruswunde ist unmittelbar über dem inneren Muttermund angelegt und ist 10 cm lang. Bei der Zangenextraktion des Kindes reißt die Plica vesico-uterina etwas ein, wird sofort aber geschlossen. Placenta manuell gelöst, vollständiger Verschluß der Wunde.

Der Knabe kommt asphyktisch zur Welt, wird aber wieder belebt. Länge 50 cm, Gewicht 3000 g. Das rechte Scheitelbein ist sehr stark unter das linke geschoben, große Druckmarke auf dem rechten Scheitelbein, Kopfgeschwulst auf dem linken Scheitelbein.

Wochenbett: Gestaltet sich günstig. Die Temp. geht nur 2—3 Tage auf $38{,}4^0$ hinauf. Die Wunde heilt per primam intentionem.

16. I. 09 Mutter und Kind gesund entlassen.

3. Fall.

K. W., 27 Jahre alt, II-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 57.

Geburtsdauer: 22 Stunden.

Indikation: Enges Becken I. Grades. (Verweigerung der Hebosteotomie.)

Operation: 14. I. 09.

26. I. Mutter und Kind gesund entlassen.

Als Kind Rhachitis durchgemacht. Erste Regel mit 19 Jahren, 8 Tage lang stark und alle 4 Wochen regelmäßig.

1. Geburt Juli 06. Forceps. Das Kind starb nach 8 Wochen, im Wochenbett 1 Tag Fieber.

Letzte Regel 17. IV. 08 wie sonst. Die Patientin ist von mittlerer Größe, von schwächlichem Knochenbau und in mittlerem Ernährungszustand.

Das Kind befindet sich in I. Schädellage, lebt und ist von mittlerer Größe.

Beckenmaße: Sp. J. 26, Cr. J. 29, Tr. 29; Conj. ext. 18, diag. 11 ½, vera direkt gemessen 9.

Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang und ist nach rechts und vorn abgewichen.

Geburtsverlauf: Wehenbeginn 13. I. 10^0 a. m.

14. I. 11^0 a. m. starke Wehen. Die Blase steht. Muttermund ist vollständig erweitert. Das Becken ist leer. Die Pat. kreißt seit 23 Stunden.

Operation: Da die Hebosteotomie verweigert wird, wird die Blase gesprengt und die Operation ausgeführt. 14. I. 11^{30} a. m. Schnitt nach Pfannenstiel. Die Umschlagsfalte des Peritoneums läßt sich leicht nach oben abschieben. Das Kind mit Forceps entwickelt und die Placenta exprimiert. Das Peritoneum ist nicht eröffnet, sehr geringe Blutung. Uterustamponade mit Jodoformgaze, das Ende des Tampons wird durch die Scheide geleitet.

Das Kind, ein Knabe, ist schwer asphyktisch und wird erst nach längeren Bemühungen wieder belebt und zum Schreien gebracht. Der Kopf ist bereits mäßig konfiguriert, an der Stirn ist eine Zangenmarke abgeprägt. Länge 51 cm. Gewicht 3200 g.

Wochenbett: Der Verlauf des Wochenbetts gestaltet sich günstig. Die Pat. ist fieberfrei, die Wunde heilt per primam intentionem. Am 19. I. steht die Pat. auf und geht im Zimmer herum.

26. I. wird sie geheilt entlassen.

4. Fall.

M. F., 22 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 110.

Indikation: Eklampsie.

Operation: 27. I. 09.

Mutter lebt, Kind †.

Eklampsie. Nach Angabe der Angehörigen machten sich Ende Dezember bei der Pat. geistige Störungen geltend. Am Sylvesterabend wollte Pat. sich zum Fenster hinausstürzen. Seit dieser Zeit ist sie mehr oder weniger stark aufgeregt. Die Frau ist von mittlerer Größe, kräftig gebaut und gut ernährt. An den Augenlidern, Knöcheln und Labien sind Ödeme vorhanden.

Das Kind ist klein.

Beckenmaße: Sp. J. 25, Cr. J. 28, Tr. 33; Conj. ext. 22 ½.

Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang. Der Fundus uteri steht zwischen Nabel und Proc. xiphoideus, etwa dem 8. Monat entsprechend. Die Lage des kleinen Kindes ist nicht genau zu tasten. Im Urin ist reichlich Eiweiß vorhanden.

Geburtsverlauf: 27. I. 75 a. m. Einlieferung mit der Angabe, daß Pat. bereits 3 eklamptische Anfälle gehabt hat. Etwas galliges Erbrechen.

Operation: Flankenschnitt nach Doederlein. Unterbindung der Vv. epigastricae. Schnitt in die freigelegte sehr dünne Cervix auf den Kopf des Kindes zu. Die Entbindung mit der Zange gelingt, obgleich der Raum zur Entbindung

sehr knapp ist, ohne daß der Schnitt weiterreißt. Keinerlei Blutung. Placenta durch Expression entfernt.

Das Kind ist nicht ausgetragen und wird ohne Mühe zum Schreien gebracht. Länge 40 cm. Gewicht 1400 g.

Wochenbett: 28. I. Es folgen noch in Zwischenräumen von 2—4 Stunden 4 Anfälle, Die tägliche Urinmenge bis zum 29. I. schwankt zwischen 500—600 g.

2. II. wird die Pat. in die psychiatrische Klinik verlegt.

5. Fall.

W. M., 18 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 750.

Geburtsdauer: 39 Stunden.

Indikation: Plattes rhachitisches Becken I. Grades.

Operation: 19. VI. 09.

3. VII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat erst mit 5 Jahren laufen gelernt. Rhachitis.

Erste Regel mit 15 Jahren, alle drei Wochen, regelmäßig 3 Tage und stark.

Letzte Regel 18. IX. 08 wie sonst. Erste Kindsbewegung Februar 09.

Kleine Person in gutem Ernährungszustande. Das Kind befindet sich in I. HHL., lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 27, Cr. J. 28,5, Tr. 34: Conj. ext. 18,5, diag. 10,5.

Die Portio ist für zwei Finger durchgängig, die Blase steht, der Kopf liegt vor, die Pfeilnaht verläuft im ersten schrägen Durchmesser.

Geburtsverlauf: 17. VI. 09 8^0 p. m. Wehenbeginn. 11^{45} p. m. Das Becken ist leer, der Kopf ist nicht zu erreichen. Er ist nach der rechten Seite abgewichen. Die Pat. wird auf die rechte Seite gelegt.

18. VI. sind die kindlichen Herztöne dauernd normal.

19. VI. 1^0 a. m. springt die Blase.

8^{30} a. m. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang. Muttermund ist für zwei Finger durchgängig und nach links verzogen. Kindliche Herztöne 140.

Operation: 19. VI. 10^0 a. m. Flankenschnitt nach Doederlein. Die Blutung ist sehr gering, es gelingt nicht, das Peritoneum uneröffnet zu lassen. Es reißt auf etwa 10 cm ein, jedoch tritt keinerlei Bauchinhalt durch den Riß aus. Das Peritoneum wird sofort geschlossen. Das Kind mit Forceps entwickelt.

Das Kind ist männlichen Geschlechts, lebt, ist 50 cm lang und 3850 g schwer.

Wochenbett: Das Wochenbett verläuft günstig, Temperaturen und Puls sind normal, nur um den 10. Tag herum eitert die Wunde, und die Temperatur steigt bis $38{,}2^0$ an.

3. VII. verläßt die Pat. geheilt die Klinik.

6. Fall.

A. P., 22 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 761. Geburtsdauer: 25 Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Operation: 22. VI. 09.

24. X. Mutter und Kind gesund entlassen.

Der Vater ist lungenleidend. Von Kinderkrankheiten hat Pat. Masern, Scharlach, Skrofulose, Rhachitis durchgemacht und erst mit 2 Jahren laufen gelernt. Später hat sie an Lungenentzündung und Lungenspitzenkatarrh gelitten, mit 21 Jahren Typhus durchgemacht. Die Regel trat mit 18 Jahren ein, war immer schwach und unregelmäßig und mit Krämpfen verbunden.

Die letzte Regel war anfangs September 1908, stärker als sonst. Als Tag der Konzeption gibt sie den 10. September an. Während der Schwangerschaft hatte sie viel unter Kopfschmerzen und Schwindel zu leiden.

Die Pat. ist klein und schwächlich und sehr mäßig ernährt.

Das Kind befindet sich in I. HHL., lebt und ist von mittlerer Größe.

Beckenmaße: Sp. J. 22,5, Cr. J. 25,5, Tr. 27, Conj. ext 19, diag. 11,75.

Die Portio ist für einen Finger durchgängig, der Muttermundsrand scharfrandig.

Die Fruchtblase steht. Der Kopf liegt vor und steht beweglich über dem Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 21. VI. 6⁰ p. m. Wehenbeginn. Während des Abends sind die Wehen von mittlerer Stärke, Temperatur und kindliche Herztöne sind normal.

21. VI. 11⁰ p. m. Die Wehen sind mit heftigsten Schmerzen verbunden. Morphium. Die kindlichen Herztöne bleiben während der Nacht und auch am folgenden Tage normal.

22. VI. 7⁰ p. m. Das Becken ist leer, der Muttermund ist bis auf Kleinhandtellergröße erweitert. Die Fruchtblase wölbt sich stark in die Scheide vor.

Operation: 22. VI. 7⁰ p. m. Vorerst wird die Blase gesprengt. Flankenschnitt nach Doederlein. Die Umschlagstelle des Peritoneums sitzt etwas tiefer als gewöhnlich. Es gelingt aber, das Peritoneum, ohne es zu eröffnen, stumpf nach oben zu schieben. Die Extraktion des Kindes mit der Zange macht etwas Schwierigkeiten, dabei ergießt sich leicht grünlich verfärbtes Fruchwasser über das Wundgebiet.

Das Kind ist weiblichen Geschlechts, kommt asphyktisch zur Welt, wird aber bald wiederbelebt. Es ist ausgetragen. Länge 50 cm. Gewicht 3000 g.

Wochenbett: Die Pat. klagt sehr über Schmerzen im Rücken rechts und im Leib. Die Temperaturen bewegen sich bis zu 39⁰ in die Höhe.

12. VII. Nach Spülung der Blase entleert sich klare Flüssigkeit aus der Wunde, und es hat den Anschein, als ob es Urin wäre. Die Pat. hat dauernd Temperaturen bis 39⁰.

11. VIII. Auch jetzt sezerniert die Wunde noch stark. Seit einigen Tagen ist die Wunde geschlossen. Es floß um den Wundrand nach Urin riechende klare Flüssigkeit, welche die Annahme einer Ureterenfistel nahelegte. Es besteht nach Schluß der Wunde Incontinentia urinae. Der Dauerkatheter erfüllt seinen Zweck nicht, es handelt sich offenbar um eine Uretero-Vaginalfistel. Die Pat. liegt immer naß. Da der Katheter Schmerzen verursacht, muß er entfernt werden.

Die Pat. hat viel unter Kopfschmerzen zu leiden. Die Inkontinenzerscheinungen sind auch bis zum Ende des Monats nicht verändert. Häufige tägliche Blasenspülungen erleichtern den Zustand der Pat. Es tritt keinerlei Änderung bis Ende September ein, so daß am 27. IX. die Herausnahme der rechten Niere für angezeigt erachtet wird.

Operation mit Bergmannschem lumbalem Schrägschnitt. Das Nierenbecken ist bereits infiziert und entleert trüben Harn. Die Wunde macht zuerst Schmerzen, der Zustand bessert sich aber bald, und bereits am 30. IX. kann die Pat. spontan Urin entleeren. Der Zustand bessert sich nun allmählich, die Inkontinenz ist völlig behoben, die Pat. kann am 24. X. geheilt entlassen werden.

7. Fall.

B. F., 39 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 764.

Indikation: Stark verengtes Becken II. Grades. Nabelschnurvorfall.

Operation: 23. VI. 09.

5. VII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Vater ist an Tuberkulose †. Pat. gibt an, Rhachitis gehabt zu haben. Vor kurzem ist sie an einer Ren mobilis an der Münch. Chirurg. Universitätsklinik operiert worden.

Erste Regel mit 22 Jahren, dann immer regelmäßig alle 4 Wochen.

Letzte Regel 15. September 08 wie gewöhnlich. Zu Beginn der Schwangerschaft hatte Pat. unter Erbrechen zu leiden.

Die Pat. ist von mittlerer Größe, kräftig und gut genährt.

Das Kind befindet sich in II. HHL., es lebt und ist von mittlerer Größe.

Beckenmaße: Sp. J. 28 ½, Cr. J. 30, Tr. 31; Conj. ext. 17 ½, diag. 9 ½, vera direkt gemessen 7.

Geburtsverlauf: Der Wehenbeginn ist nicht angegeben.

22. VI. 8^0 p. m. Die Pat. hat mäßige Wehen, die Blase ist angeblich um 5^{30} p. m. gesprungen, die Nacht ist ruhig, die kindlichen Herztöne sind normal.

23. VI. 7^{30} a. m. Nabelschnurvorfall. Kindliche Herztöne 136. Muttermund für zwei Finger durchgängig, es geht Mekonium ab.

Operation: Flankenschnitt nach Doederlein. Es entstehen sehr geringe Blutungen. Es gelingt durch Zurückdrängen des Peritoneums den Uterus auf 8 cm freizulegen. Die

Entwicklung des Kindes mit der Zange wird nur mit Zuhilfenahme sehr starken Druckes bewerkstelligt. Die Placenta wird manuell gelöst. Da der Uterus darauf schlaff wird und stark zu bluten anfängt: Uterustamponade. Das Peritoneum ist nicht eröffnet.

Der schwer asphyktische Knabe wird wieder belebt. Länge 50 cm. Gewicht 3100 g.

Wochenbett: Das Befinden der Pat. ist dauernd gut, ohne wesentliche Temperaturen. Die Wunde heilt per primam intentionem.

5. VII. Die Pat. wird geheilt entlassen.

8. Fall.

M. F., 24 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Hb., Nr. 391.

Geburtsdauer: 48 Stunden.

Indikation: Enges Becken III. Grades.

Operation: 25. VI. 09 8^{00} p. m.

Ergebnis: 8. VIII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat erst mit 8 Jahren laufen gelernt, von Kinderkrankheiten hat sie Scharlach überstanden. Die Regel trat mit 15 Jahren ein, war regelmäßig und stark. Die letzte Regel war Mitte Oktober 08 von der gewohnten Beschaffenheit.

Gravida gibt Mitte Oktober 08 als Konzeptionstermin an. Die ersten Kindsbewegungen vesrpürte sie im Februar 09. Während der Schwangerschaft hatte sie viel unter Erbrechen zu leiden.

Pat. ist nur 1,22 m groß. Die starken Verkrümmungen der langen Knochen, besonders der Beine sind deutliche Zeichen der überstandenen Rhachitis. Sie ist schlecht ernährt und von mäßiger Muskulatur. Das Kind liegt in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 21,5, Cr. J. 28,5; Conj. ext. 16½, diag. 8,5, vrea 6 cm.

Der Scheideneingang ist eng, die Portio ist verstrichen und steht oberhalb der Interspinallinie. Es liegt der Kopf vor. Er steht fest im Becken und zeigt eine starke Kopfgeschwulst.

Der Muttermund ist dreimarkstückgroß.

Geburtsverlauf: 23. VI. 8^{30} p. m. Wehenbeginn.

25. VI. 7^{0} p. m. Pat. kommt mit Wehen auf den Kreissaal, mit der Angabe, daß die Blase schon gesprungen sei. Starke Wehen. Kindliche Herztöne gut. 128.

8^{0} p. m. Operation. Pfannenstiel-Querschnitt. Musc. rectus wird schräg durchschnitten. Der Kopf präsentiert sich über dem ganz dünn ausgezogenen Uterinsegment. Längsschnitt in den Uterus auf der rechten Seite. Forzeps. Das Kind ist stark mit Mekonium bedeckt. Peritoneum bleibt unverletzt. Expression der Placenta. Nähte.

Das Kind, ein Knabe, ist reif und wird wiederbelebt. Die Nabelschnur war einmal um den Hals geschlungen, Länge 53 cm Gewicht 2820 g.

Wochenbett: Die Pat. fiebert in den ersten Tagen bis 39°, und auch der Puls zeigt anfangs über 100 Schläge. Allmählich fallen Puls und Temperatur zur Norm ab. Die Wunde sezerniert stark und ist weit offen. Absaugung.

27. VII. Sekundärnaht. Die Wunde heilt und zeigt gute Granulationen.

8. VIII. verläßt die Pat. ohne Besonderheiten die Klinik.

9. Fall.

Th. J., 23 Jahre alt, I-Para. – Jahrgang 1909, Hb., Nr. 416.

Geburtsdauer: 59 Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Operation: 8. VII. 09. 11^{30} a. m.

Ergebnis: 9. VIII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat erst mit 6 Jahren laufen gelernt, sie ist vom 16. Jahre ab regelmäßig und mittelstark menstruiert. Die letzte Regel war Ende September 08 wie gewöhnlich. Die ersten Kindsbewegungen nahm Pat. im März wahr. Sie befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. HHL. und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 20, Cr. J. 24, Tr. 27; Conj. ext. 18 diag. 10,5.

Befund: Die Portio steht oberhalb und hinter der Interspinallinie und ist verstrichen. Der Kopf liegt vor. Er steht fest im Beckeneingang. Die Blase ist gesprungen. Muttermund zweimarkstückgroß.

Geburtsverlauf: 6. VII. 1^{0} a. m. Wehenbeginn.

7. VII. Blasensprung.

8. VII. 3^{0} a. m. Die Pat. wurde bereits draußen in der Poliklinik untersucht. Kindliche Herztöne 160, kräftig. Nabelschnurgeräusch.

Operation: 8. VII. 11^{40} a. m. Das Kind wird mit der Zange entwickelt. Expression der Placenta. Es entsteht eine nur mäßige Blutung. Sonst ohne Besonderheiten.

Das Kind, ein Knabe, kommt asphyktisch zur Welt, wird wiederbelebt. Länge 50 cm, Gewicht 3820 g.

Wochenbett: Zu Beginn des Wochenbetts leichte Temperatur bis 38,4°, um den achten Tag fällt die Temperatur zur Norm ab. Cystitis. Die Wunde eitert leicht.

9. VIII. verläßt die Pat. mit gut granulierender, doch nicht vollständig geschlossener Wunde die Anstalt.

10. Fall.

M. M., 29 Jahre alt, II-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 911.

Indikation: Allgemein stark verengtes Becken II. Grades.

Geburtsdauer: 8 Stunden.

Operation: 26. VII. 09.

11. VIII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat erst mit drei Jahren laufen gelernt. Die Regel trat mit 17 Jahren ein, war dann immer stark, regelmäßig und dauerte 2 Tage.

Das erste Kind starb eine halbe Stunde nach der Geburt. Angeblich war es eine Querlage.

Die letzte Regel war Ende Oktober, mittelstark, 2 Tage. In den ersten beiden Monaten der Schwangerschaft litt Pat. an Erbrechen. — Sie ist vorher bereits in der Poliklinik untersucht worden.

Die Pat. ist klein, schwächlich und nur mäßig ernährt. An dem Oberschenkel sind geringe Varicen vorhanden.

Das Kind befindet sich in II. HHL., lebt und ist von mittlerer Größe.

Beckenmaße: Sp. J. 20,5, Cr. J. 24,5, Tr. 29; Conj. ext. 16, diag. 10,5, vera direkt gemessen 7.

Geburtsverlauf: 25. VII. 11^{30} p. m. Wehenbeginn.

26. VII. 4^{0} p. m. Die Wehen sind sehr kräftig. Die Geburt macht wegen des stark verengten Beckens keinerlei Fortschritte.

Operation: 26. VII. 7^{40} p. m. Flankenschnitt nach Doederlein. Der M. rectus wird als auffallend schmaler Strang sichtbar. Seitlich am Uterus treten über fingerdicke Venenstränge hervor. Extraktion des Kindes gelingt leicht. Uterustamponade. Gute Kontraktion. Drainage des praeperitonealen Raumes durch einen kleinen Jodoformdocht.

Das Kind, ein Knabe, lebt und ist ausgetragen. Länge 50 cm. Gewicht 3200 g.

Der Verlauf des Wochenbetts gestaltet sich günstig. Kein Erbrechen, keine Temperatur. Die Wunde eitert anfangs stark, ist aber am 11. VIII. ganz geschlossen.

12. VIII. Pat. verläßt in guter Verfassung die Anstalt.

11. Fall.

M. Sch., 26 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 1040.

Indikation: Eklampsie.

Operation: 23. VIII. 11^{0} p. m.

24. VIII. Mutter †. Kind lebt.

Es fehlen anamnestische Angaben.

Pat. ist von mittlerer Größe, mittelmäßig ernährt und von leidlicher Muskulatur. Es sind geringe Ödeme an den Beinen vorhanden. Die Pat. befindet sich im 9. Monat der Schwangerschaft. Das Kind befindet sich in I. HHL., lebt und ist mittelgroß. — Beckenmaße sind nicht angegeben.

Die Portio ist verstrichen, der äußere Muttermund ist für einen Finger durchgängig, der vorliegende Kopf steht im Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 23. VIII. 9^{45} p. m. Die Pat. wird in die Klinik gebracht, nachdem sie bereits draußen drei Anfälle gehabt hat. Die Pat. ist vollkommen apathisch und gibt keiner-

lei Antwort. Mittels Katheter ist kein Urin zu entleeren. Bis 11 Uhr folgen in Abständen von 20 Minuten noch 4 Anfälle.

Operation: 11^0 p. m. Querschnitt nach Pfannenstiel. Das Freipräparieren der Übergangsfalte des Peritoneums gelingt leicht. In dem 10 cm langen Längsschnitt in die Cervix wird das Gesicht sichtbar. Das Hinterhaupt liegt nach hinten. Placenta manuell gelöst. Einlegen eines Jodoformgazestreifens, der zur Scheide hinausgeleitet wird. Zwei Spritzen Ergotin. — Das stark asphyktische Kind ist nicht ausgetragen und wird wiederbelebt. Länge 47 cm. Gewicht 2550 g.

Wochenbett: 23. VIII. Noch auf dem Operationstisch ein neuer Anfall und noch weitere, so daß man am 24. VIII. 8^0 a. m. den 16. Anfall zählen kann. Dabei starke Zyanose, Trachealrasseln. Temperaturen bis $39{,}5^0$, Puls 180. Pat. erhält Morph. 0,02 und zwei Spritzen Ol. camphor. Es sind durch Katheter 300 g Urin zu entleeren. Er enthält 0,4 % Eiweiß. Es sind die Erscheinungen eines Lungenödems vorhanden.

24. VIII. Die Anfälle wiederholen sich. 19. Anfall. Der Puls ist kleiner und frequenter. Ol. camphor. 2 g. Bis zum Nachmittag sistieren die Anfälle. Erst gegen 4 Uhr ein weiterer Anfall. Der Puls wird wieder frequenter und unregelmäßig und gegen Abend flatternd. Die Pat. erhält wiederholt Kampfer. Temperatur $39{,}8^0$. 11^{15} p. m. Exitus letalis.

Sektionsbefund: Lungen: Bronchitis. Lobuläre pneumonische Herde in allen Lappen. Lungenödem. Trübe Schwellung des Herzmuskels. Leber fettig degeneriert, unter der Kapsel eitrige kleinste nekrotische Herde. Nieren stark parenchymatös degeneriert. Keine Peritonitis.

12. Fall.

K. H., 37 Jahre alt, III-Para. — Jahrgang 1909, Nr. 1237.

Indikation: Enges Becken I. Grades. Vorderscheitelbeinstellung.

Geburtsdauer: Über 24 Stunden.

Operation: 8. X. 09.

2. XI. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat in ihrer Kindheit eine Pneumonie durchgemacht. Die Regel trat mit 13 Jahren ein, dann alle 4 Wochen, stark und dauerte 3 Tage.

Geburten: Erste Schwangerschaft: Kind faultot, nicht ausgetragen. Zweite Schwangerschaft: Abort im 3. Monat. Letzte Regel 17. Januar 1909. Die Pat. blutete im 4. Monat der Schwangerschaft. Pat. ist klein und schwächlich und schlecht ernährt. Das Kind liegt in I. HHL., lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 23, Cr. J. 28½, Tr. 32; Conj. ext. 19, diag. 10,5.

Die Portio ist 2 cm lang, steht zapfenförmig über der Interspinallinie. Das Promontorium ist abzutasten, der Kopf steht beweglich über der Interspinallinie.

Geburtsverlauf: 6. X. 10^0 p. m. Wehenbeginn. In der Nacht vom 7.—8. X. ist die Blase von der Hebamme außerhalb der Klinik gesprengt worden.

8. X. 7^0 a. m. Die Portio ist für zwei Finger durchgängig, der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang. Vorderscheitelbeinstellung. Die kindlichen Herztöne sind normal.

Operation: 11^0. Flankenschnitt nach Doederlein. Es gelingt, das Peritoneum ziemlich hoch ohne Verletzung vom Uterus abzuschieben. Die Uterusmuskulatur ist auffallend dick. Der Uterusschnitt wird nach unten bis an das Scheidengewölbe geführt, so daß eine kleine Kommunikation zur Scheide entsteht. Forceps. Der Uterus kontrahiert sich gut, ca. 8 Minuten Abwarten. Expression der Placenta mit leichter manueller Hilfe. Uterustamponade, Drain.

Das Kind, männlichen Geschlechts, ist leicht asphyktisch, wird aber bald wieder belebt. Länge 48 cm. Gewicht 2900 g.

Wochenbett: Die Entfernung des Tampons ergibt keinerlei Nachblutung. Es geht trotz mehrfacher hoher Einläufe mit Ol. Ricini kein Stuhl und keine Flatus ab. Erst am 11. X. bessert sich der Zustand, es gehen einzelne Flatus ab. Der Puls ist kräftig.

12. X. Stuhl spontan, noch geringer Meteorismus.

Die Wunde ist in der Mitte infiltriert und sezerniert stark. Gute Granulation. Da der Uterus noch ziemlich groß ist, dreimal 20 Tropfen Ergotin.

27. X. befindet sich die Pat. wohl und fieberfrei. Die Bauchwunde ist gut verheilt.

2. XI. Austritt aus der Klinik.

13. Fall.

A. B., 19 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Hs., 625.

Geburtsdauer 38 Stunden.

Indikation: Enges Becken I. Grades.

Operation: 9. X. 11^0 p. m.

Ergebnis: Mutter ins Krankenhaus l. J. verlegt, Kind lebt.

Pat. hat Rhachitis durchgemacht und erst mit 6 Jahren laufen gelernt. Die Regel trat mit 16 Jahren ein, war schwach und unregelmäßig, alle drei bis sechs Wochen wiederkehrend. Zum letztenmale ist sie am 2. I. 09 wie gewöhnlich menstruiert.

Die Pat. ist mittelgroß und in mäßig gutem Ernährungszustande. Sie befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. HHL., lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 23,5, Cr. 25, Tr. 30; Conj. ext. 17, diag. 10,5, vera 8,4.

Die Portio steht oberhalb der Interspinallinie, zapfenförmig. Der Kopf steht beweglich über dem Becken. Die Blase steht. Der äußere Muttermund ist dreimarkstückgroß.

Geburtsverlauf: 8. X. 09 9^0 a. m. Wehenbeginn.

8. X. 6^{45} p. m. Pat. kommt mit obigem Befund.

9. X. 10^0 a. m. Muttermund fünfmarkstückgroß, die Blase wölbt sich stark vor, der Kopf ist nur schwer zu erreichen. Die Wehen steigern sich bis Nachmittag so, daß die Pat. Morphium erhält. Gegen Abend lassen die Wehen nach.

7^0 p. m. Blasensprengung 10^0, p. m. Preßwehen. Trotzdem tritt der Kopf nicht tiefer, sondern er steht beweglich über der Symphyse.

9. X. 11^0 p. m. Operation. Schnitt parallel zum Poupartschen Bande. Das Peritoneum wird ohne Schwierigkeit verschoben. Die weit nach rechts gelegene Blase läßt sich schwer nach der Medianlinie verschieben. Das Hinaufschieben des Peritoneums am Uterus gelingt nicht sehr hoch. Schräge Inzision in das untere Uterinsegment. Forceps wegen des großen Kopfes schwierig. Das Peritoneum reißt auf 8 cm ein, wird sofort geschlossen. Expression der Placenta. Uterustamponade, Drainage.

Das Kind ein Knabe, lebt und ist ausgetragen. Länge 55 cm Gewicht 3900 g.

Wochenbett: Bis zum 27. X. bestes Wohlbefinden ohne jede Temperatur. Von da ab Temperatursteigerung infolge einer starken Angina. Verlegung ins Krankenhaus l. J. Die Wunde heilt per primam intentionem.

14. Fall.

H. L., 30 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Hs., Nr. 668.

Geburtsdauer: 29 Stunden.

Indikation: Enges Becken II. Grades.

Operation: 3. XI. 6^0 p. m.

Ergebnis: Mutter und Kind gesund entlassen am 23. XI.

Pat. ist vom 14. Jahre ab regelmäßig menstruiert. Die Regel dauerte stets 3 Tage und war mäßig stark. Die letzte Periode war am 10. II. 09 wie gewöhnlich. Die ersten Kindsbewegungen bemerkte die Pat. im Juni 09.

Die Pat. ist klein und schwächlich. Über den Lungen ist eine leichte Spitzeninfiltration zu konstatieren. Das Kind liegt in I. HHL., lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 24,5, Cr. J. 27, Tr. 31; conj. ext. 17, diag. 8,7, vera 7.

Befund: Die Portio ragt zapfenförmig in die Scheide. Es liegt der Kopf vor. Er steht beweglich über dem Beckeneingang. Die Blase steht. Der äußere Muttermund ist fast geschlossen.

Geburtsverlauf: 2. XI. 1^0 p. m. Wehenbeginn.

3. XI. 5^{30} a. m. kommt die Pat. mit mäßigen Wehen, Portio noch erhalten, Muttermund für einen Finger durchgängig. Temperatur. 37,2.

3. XI. 2^{30} p. m. Der Muttermund ist für drei Finger durchgängig. Das Becken ist leer. Die Blase steht. Kopf beweglich über dem Beckeneingang.

3. XI. 6^0 p. m. Operation. Schnitt parallel zum Poupartschen Band. Die Umschlagsfalte des Peritoneums ist gut sichtbar und leicht verschieblich. Längsschnitt in die ausgezogene dünne Cervixwand. Forceps. Das Peritoneum reißt auf 4 cm ein, sofort geschlossen. Drainage nach außen durch die Haut mit einem kurzen Jodoformgazestreifen. Die Placenta wird durch leichten Zug entfernt. Anlegung des Momburgschen Schlauches. Uterustamponade.

Das Kind ist weiblichen Geschlechts, reif und lebend. Länge 49 cm, Gewicht 2730 g.

Wochenbett: Verläuft vollkommen fieberfrei.

11. XI. steht Pat. zum erstenmale auf.

23. XI. Entlassung bei bestem Wohlbefinden.

15. Fall.

Th. D., 23 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1909, Hs., Nr. 720.

Geburtsdauer: 13 Stunden.

Indikation: Platt verengtes Becken II. Grades.

Operation: 24. XI. 10^{30} a. m.

Ergebnis: 22. XII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat Rhachitis durchgemacht und erst mit 2 Jahren laufen gelernt. Die Regel trat mit 19 Jahren ein, war stark und unregelmäßig und dauerte 3—5 Tage. Die letzte Regel war am 10. Februar 09 wie gewöhnlich. Gravida hat unter dauerndem Erbrechen während der Schwangerschaft zu leiden. Pat. ist mittelgroß und schwächlich. Systolisches Geräusch über der Herzspitze, zweiter Pulmonalton verstärkt. Pat. befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in II HHL., lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 24,75, Cr. J. 26,75, Tr. 29; Conj. ext. 15,5, diag 10, vera 7.

Die Portio ist verstrichen. Der Kopf steht oberhalb der Interspinallinie und beweglich über dem Becken. Die Blase steht. Der äußere Muttermund ist handtellergroß.

Geburtsverlauf: 23. XI. 10^0 p. m. Wehenbeginn.

24. XI 10^{35} a. m. Blasensprung.

24. XI. Pat. kommt mit kräftigen Wehen auf den Kreissaal. Kindliche Herztöne 140.

24. XI. 10^{35} a. m. Blasensprengung und Operation. Schnitt parallel zum Poupartschen Band. Schnitt ins rechte Uterinsegment. Forceps. Manuelle Lösung der Placenta. Drainage des Präperitonealen Raumes. Die Blutung ist mäßig. Das Kind, ein Knabe, kommt leicht asphyktisch zur Welt und ist ausgetragen. Länge 48 cm, Gewicht 2600 g.

Wochenbett: Während die Temperatur bis zum 11.Tage normal ist, steigt sie nun bis 39.2^0 und ist auch an den folgenden Tagen bis 38^0 hoch. Die Wunde heilt per primam intentionem. Pat. steht am 18. Tage zum erstenmale auf.

22. XII. 09. Mutter und Kind gesund entlassen.

16. Fall.

C. D., 39 Jahre alt, VI-Para. — Jahrgang 1909, Halb. sep.

Indikation: Platt verengtes Becken II.—III. Grades.

Operation: 9. XII. 09 10^{30} a. m.

Ergebnis: Mutter 13. XII. †. Kind lebt.

Geburten: 1. Forceps. Kind tot geboren.
2. Künstliche Frühgeburt, Mens. VII. Kind wenige Stunden gelebt.
3. Perforation.
4. Ausgetragenes Kind, tot. —
5. Künstliche Frühgeburt, Mens. VII. Kind wenige Stunden gelebt.

Beckenmaße: Sp. J. 20, Cr.J. 24,5, Tr.32; Conj. ext. 18, diag. 9.

Trotz heftigster Wehen Kopf beweglich über dem Becken. Muttermund fünfmarkstückgroß. Portio nicht ganz verstrichen.

Operation: 9. XII. 09 10^{30} a. m. Typische Sectio extraperitonealis. Schnitt ins rechte Uterinsegment. Forceps. Placenta manuell gelöst. Peritoneum reißt auf 4 cm ein, wird sofort geschlossen. Drainage des präperitonealen Raumes durch einen Jodoformgazedocht.

Das Kind, ein Knabe, lebt und gedeiht gut.

Wochenbett: Vom 2. Tage des Wochenbettes ab Meteorismus. Erscheinungen des Ileus, Erbrechen usw.

13. XII. 10^{0} a. m. Vorbereitung zum Anlegen eines Anus präternaturalis. Exitus letalis.

17. Fall.

A. Z., 25 Jahre alt, II-Para. — Jahrgang 1910, Hs., Nr. 77.

Geburtsdauer: 10 Stunden.

Indikation: Platt verengtes Becken II. Grades.

Operation: 31. I. 10^{30} a. m.

Ergebnis: 27. II. 10 Mutter und Kind gesund entlassen

Pat. gibt von Kinderkrankheiten Keuchhusten an. Die Regel trat mit 13 Jahren ein, war schwach und unregelmäßig. Dauerte 3—4 Tage.

Die erste Schwangerschaft 1906 endete mit Perforation des Kindes.

Die letzte Regel war am 13. April 09 wie gewöhnlich. Gravida ist mittelgroß und gut ernährt und von mäßiger Muskulatur. Sie befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in II. HHL., lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 27, Cr. J. 28, Tr. 34; diag. 9.

Die Portio steht oberhalb der Interspinallinie. Der Kopf steht beweglich über dem Becken, Der äußere Muttermund ist kleinhandtellergroß erweitert.

Geburtsverlauf: 31. I. 1^0 p. m. Wehenbeginn.

31. I. 10^0 a. m. Blasensprung. Der Kopf trift trotz kräftiger Wehen nicht ins Becken ein. Der Muttermund ist fast vollständig erweitert. Die kindlichen Herztöne sind gut.

Operation: 31. I. 10^{45} a. m. Schnitt parallel zum Poupartschen Bande. Einkerben des M. rectus. Beiseitedrängen der Blase. Kolossale Blutung. Es wird in die Muskulatur eingeschnitten. und die Ränder werden mit Klammern gefaßt. Obgleich 10 Klammern liegen, ist die Blutung so profus, daß von einer weiteren Inzision abgesehen werden muß. Kompressionen durch Tampons. Hierauf Längsschnitt in der Medianlinie. Eröffnung des Peritoneums. Spaltung der vorderen Cervix-Uteruswand der Länge nach. Extraktion des Kindes. Vorwälzen des Uterus vor die Bauchwand. Expression der Placenta. Uterustamponade. Kontraktion. Die rechten Adnexe zeigen Verwachsungen, Tube und Ovarien adhärent. Entfernung der rechten Adnexe. Nähte.

Das Kind ist weiblichen Geschlechts, reif und lebend, Länge 52 cm, Gewicht 3800 g.

Wochenbett: In den ersten 10 Tagen des Wochenbetts sehr starke, eitrige, stinkende Sekretion der Wunde, die erst allmählich nachläßt. Am 15. II. ist die Wunde fast vollständig geschlossen. Am 7. bis 9. Tage des Wochenbettes Temperatur bis $39{,}5^0$, sonst stets normal.

27. II. 10. Mutter und Kind gesund entlassen.

18. Fall.

F. G., 35 Jahre alt, IV-Para. — Jahrgang 1910, Klin. Abt. Nr. 254.

Indikation: Verengtes Becken II. Grades.

Geburtsdauer: 7½ Stunde.

Operation: 20. II. 10. 10^0 p. m.

Ergebnis: Mutter und Kind gesund entlassen.

Die Frau gibt an, Rhachitis gehabt und erst mit 4 Jahren laufen gelernt zu haben. Die Regel trat mit 18 Jahren ein, war regelmäßig alle drei Wochen, stark und 8 Tage dauernd.

Geburten:

1. 1897
2. 1903
3. 1906

} Perforation und Embryotomie eines ausgetragenen Kindes.

Die letzte Regel war am 9. Mai 09 wie sonst, die ersten Kindsbewegungen Ende September 09. Während der Schwangerschaft häufig Epistaxis.

Die Frau ist klein und schwächlich, hat Varicen an beiden Unterschenkeln, Ödeme an den Unterextremitäten und Bauchdecken und ein systolisches Geräusch an der Herzspitze.

Das Kind befindet sich in II. HHL, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 25½, Cr. J. 25½, Tr. 33; Conj. ext. 18, diag. 10, vera direkt gemessen 7,5.

Die Portio steht oberhalb der Interspinallinie. Pat. hat einen Prolaps der vorderen und hinteren Scheidewand. Der Muttermund ist für zwei Finger durchgängig, das Becken ist leer.

Geburtsverlauf: 20. II. 3⁰ p. m. Wehenbeginn.

20 II. 6⁰ p. m. Die Wehen sind sehr mäßig, das Becken ist leer, der Muttermund fünfmarkstückgroß, der Kopf steht beweglich über dem Becken und ist nach der Symphyse zu abgewichen. Das Promontorium springt stark hervor. Die Herztöne sind gut. Die Wehen werden allmählich stärker. Wegen des stark hervorstehenden Kreuzbeins wird von der Hebosteotomie abgesehen.

Operation: 20. II. 10⁰ p. m. Flankenschnitt nach Doederlein. Das Peritoneum läßt sich leicht nach oben zurückdrängen. Es entsteht dabei eine etwa erbsengroße Öffnung, die sofort vernäht wird. Da der Raum hier für die Extraktion des Kindes noch zu eng erscheint, wird der Ansatz des Lig.-rotundum dextr. extraperitoneal inzidiert und dadurch eine bedeutende Vergrößerung des Operationsraumes erzielt. Forceps. Fast keine Blutung. Expression der Placenta. Es entsteht eine nicht unbeträchtliche atonische Blutung. Tamponade. Darauf gute Kontraktion des Uterus. Jodoformdocht.

Kind, ein Mädchen, lebt und ist ausgetragen. Länge 49 cm. Gewicht 3200 g.

Wochenbett: Die Entfernung der Tamponade ergibt, daß keinerlei Nachblutung entstanden ist. Die Wunde verheilt vollkommen reaktionslos. Keine Temperaturen. Die Pat. steht am 8. Tage auf und wird am 21. Tage gesund entlassen.

19. Fall.

E. G., 20 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 403.

Indikation: Pelvis rhachitica II. Grades.

Geburtsdauer: 20 Stunden.

Operation: 23. III. 6⁰ p. m.

Ergebnis: 5. IV. Mutter und Kind entlassen.

Pat. war in ihrer Kindheit skrofulös und hat Rhachitis durchgemacht. Sie ist vom 15. Jahre an regelmäßig alle 4 Wochen 6—7 Tage lang menstruiert.

Die letzte Regel war Mitte Mai 09. Die Pat. hatte anfangs unter Erbrechen zu leiden.

Gravida ist klein, schwächlich, von mäßig kräftiger Muskulatur und mittelmäßig ernährt. Das Kind liegt in II. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 25, Cr. J. 28, Tr. 30; Conj. ext. 17, diag. 9,5.

Die Portio ist verstrichen, die Blase steht, der Kopf steht beweglich über der Interspinallinie, wölbt sich über die Symphyse vor und läßt sich nicht einpressen.

Geburtsverlauf: 22. III. 10⁰ p. m. Wehenbeginn.

23. III. 5^0 p. m. Die Wehen sind kräftig. Die Geburt ist aber nicht weiter vorgeschritten.

Operation: 23. III. 6^{30} p. m. Blasensprengung. Querschnitt nach Pfannenstiel. Die Übergangsfalte des Peritenoums läßt sich leicht nach oben verschieben. Bei der Inzision in die Cervix geringe Blutung. Entwicklung des in Gesichtslage befindlichen Kindes mit der Zange. Expression der Placenta. Aus dem weichen Uterus entsteht eine beträchtliche Blutung. Massage und Tamponade des Uterus. Drainage.

Der Knabe schreit sofort und ist reif. Länge 48 cm, Gewicht 2700 g.

Wochenbett: Die Inspektion der Wunde ergibt keinerlei Nachblutung. Urin und Stuhl werden am folgenden Tage spontan entleert. Der anfangs sehr beschleunigte Puls fällt am zweiten Tage auf 80 Schläge ab. Am zweiten Tage gibt die Wunde nur noch wenig Sekret ab und ist am 12. Tage glatt verheilt bis auf eine mäßige Sekretion aus dem rechten Wundwinkel.

5. IV. Die Pat. befindet sich wohl und wird auf ihren Wunsch entlassen.

20. Fall.

B. W., 30 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 476.

Indikation: Sepsis. Platt verengtes Becken II. Grades.

Geburtsdauer: 4 Tage.

Operation: 7. VI. 5^0 p. m.

Ergebnis: Mutter und Kind †.

Pat. hat erst mit 3 Jahren laufen gelernt, die Periode begann mit 18 Jahren, war dann stark und regelmäßig und dauerte 8 Tage.

Die letzte Regel war anfangs Juli 09 wie sonst. Als Tag der Konzeption gibt Pat. den 15. Juli 09 an. Die ersten Kindsbewegungen will sie im Dezember verspürt haben. Anfangs hatte sie unter Erbrechen zu leiden.

Die Pat. ist wiederholt draußen untersucht und es sind verschiedentlich Entbindungsversuche draußen gemacht worden.

Die Pat. ist sehr klein, mäßig ernährt, von schwacher Muskulatur. Rhachitischer Rosenkranz, Verdickungen an an den Epiphysen der Röhrenknochen. Im Harn ist Eiweiß und viel Blut vorhanden.

Das Kind liegt in II. Schädellage, lebt, ist mittelgroß. Die kindlichen Herztöne betragen 184.

Beckenmaße: Sp. J. 26, Cr. J. 28, Tr. 31,5; Conj. ext. 18,5, diag. 9,5, vera direkt gemessen 7.

Aus der Scheide kommt ein schleimig-jauchiger Ausfluß. Die Portio ist verstrichen. Der Muttermund ist kleinhandtellergroß eröffnet. Der Muttermundsrand ist ödematös. Es liegt der Schädel vor. Er steht über der Interspinallinie oberhalb des Beckeneingangs. Es ragt eine starke Kopfgeschwulst in das kleine Becken hinein.

Geburtsverlauf: 4. IV. 3^0 p. m. Wehenbeginn.

6. IV. 3^0 a. m. Blasensprung.

7. IV. 1^0 a. m. Die Pat. kreißt bei der Einlieferung in die Klinik bereits am 4. Tage vergeblich. Das Sekret der Scheide ist schleimig, jauchig, stinkend. Temperatur 38,7°. Da die Wehen krampfartig werden, erhält die Pat. Morph. 0,02. Die kindlichen Herztöne betragen 180—200 Schläge. Um 4^0 a. m. ist der innere Befund unverändert. Die Temperatur beträgt 38,8°. Urin ist blutig. Kindliche Herztöne 180—200.

Operation: 7. IV. 5^0 p. m. 2 ccm Ergotin. Flankenschnitt nach Doederlein. Das Peritoneum läßt sich leicht nach oben abdrängen. Forceps. Sofortige Abnabelung des schwer asphyktischen Kindes. Es entleert sich schleimiger, stinkender Uterusinhalt. Ausgiebige Spülung des Uterus mit Lysoformlösung. Manuelle Expression der Placenta, wegen leichter Blutung Tamponade des Uterus, Drainage.

Das Kind ist nicht wieder zu beleben. Länge 52 cm. Gewicht 3240 g.

Wochenbett: Pat. hat nach Operation einen Schüttelfrost. Die Temperatur beträgt die nächsten Tage bis 39,6°. Der Leib ist aufgetrieben. Auf Einlauf erfolgt Stuhlgang. Aus dem Drainrohr entleert sich reichlich stinkendes, urinös riechendes Sekret.

9. IV. Der Leib ist stark druckempfindlich. Das Befinden bessert sich scheinbar bis zum 13. IV. Die Pat. hat einen Schüttelfrost, die Temperatur steigt an bis auf 40^0 und es sind deutliche Zeichen der Sepsis vorhanden.

15. IV. Exitus letalis.

Sektionsbefund; Endometritis septica.

21. Fall.

J. F., 17 ½ Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 540.

Indikation: Rhachitisch plattes Becken I. Grades.

Geburtsdauer: 37 Stunden.

Operation: 19. IV. 5^0 p. m.

Ergebnis: 2. V. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. will in ihrer Kindheit eine Lungenentzündung durchgemacht haben. Die Regel trat mit 15 Jahren ein, war unregelmäßig, setzte oft 3—4 Monate aus und war von sehr wechselnder Stärke.

Letzte Regel war Ende Mai 1909. Zu Beginn der Schwangerschaft Erbrechen.

Gravida ist mittelgroß, kräftig und gut genährt. Das Kind liegt in II. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 26, Cr. J. 29, Tr. 32; Conj. ext. 19,5, diag. 10,5, vera direkt gemessen 8.2 cm. Die Portio steht oberhalb der Interspinallinie. Der äußere Muttermund ist geschlossen. Der Kopf steht beweglich über dem Becken.

Geburtsverlauf: 18. IV. 4^0 a. m. Wehenbeginn. 18. IV. 8^{30} p. m. Sprung der Blase beim Touchieren. Muttermund

verstrichen. Der Kopf steht mit einem kleinen Segment im Beckeneingang. Die kindlichen Herztöne sind normal.

19. IV. 10^0 a. m. Die Wehen haben ausgesetzt. Das Becken ist leer. Der Muttermund ist handtellergroß. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang.

19. IV. 5^0 p. m. Operation: 2 ccm Ergotin. Flankenschnitt nach Doederlein. Unterbindung der Vv. epigastricae. Es gelingt leicht, das Peritoneum nach oben abzutrennen. Man sieht deutlich rechts in der Tiefe die A. uterina und unter dieser den Ureter zur Blase verlaufen. Forceps. Expression der Placenta. Uterustamponade. Einlegung eines Jodoformdochtes in die Wundteile, der zum rechten Wundwinkel herausgeleitet wird.

Das Kind, ein Knabe, kommt asphyktisch zur Welt, schreit aber nach 5 Minuten. Länge 48 cm, Gewicht 3400 g.

Wochenbett: Der Uterus hat sich gut kontrahiert, es ist keinerlei Nachblutung entstanden. Urin und Stuhl werden spontan entleert. Pat. befindet sich wohl. Die Wunde heilt per primam intentionem.

2. V. Pat. wird geheilt entlassen.

22. Fall.

H. G., 23 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Hs., Nr. 328.

Geburtsdauer: 31 Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades, Trichterbecken.

Operation: 30. IV. 10, 7^0 p. m.

Ergebnis: 21. V. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat Masern, Scharlach, Rhachitis, mit 8 Jahren eine Pneumonie durchgemacht. Die Regel trat mit 17 Jahren ein, war schwach, regelmäßig, von dreitägiger Dauer. Letzte Periode war Ende Juli 1909 wie sonst, während der Schwangerschaft hatte Pat. unter Erbrechen zu leiden.

Gravida klein, schwächlich und in schlechtem Ernährungszustande. Das Kind liegt in I. HHL., lebt, ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 24, Cr. J. 26, Tr. 28; Conj. ext. 18, vera 8,5. Enger hoher Schambogen, Trichterbecken.

Die Portio steht über der Interspinallinie und ist verstrichen. Der Kopf steht beweglich über dem Becken. Der Muttermund ist zweimarkstückgroß.

Geburtsverlauf: 29. IV. 10, 10^0 a. m. Wehenbeginn. 29. IV. 7^{30} p. m. Blasensprung.

30. IV. 7^0 p. m. Da der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang steht, die Wehen sistieren, der Muttermund fünfmarkstückgroß ist, und Mekonium abgeht,

30. IV. 7^{00} p. m. extraperitonealer Kaiserschnitt. Schnitt parallel zum Poupartschen Band, das Peritoneum läßt sich leicht nach oben verschieben. Eröffnung des freigelegten Cervix-Uterusabschnittes. Forceps. Manuelle Lösung der Placenta. Uterustamponade. Docht in die Bauchwunde.

Nähte. Das Kind ist weiblichen Geschlechts, nicht ausgetragen, lebt. Länge 44 cm, Gewicht 1970 g.

Wochenbett: Die Temperatur steigt vom 5.—8. Tage bei 39° an fällt dann aber zur Norm ab. Die Wunde entleert anfangs viel übelriechenden Eiter, die Sekretion läßt erst allmählich nach.

21. V. Mutter und Kind gesund entlassen.

23. Fall.

J. J., 25 Jahre alt, III-Para. — Jahrgang 1910, Hs., Nr. 333.

Geburtsdauer: 7 Stunden.

Indikation: Coxalgisch-schräg verengtes Becken I. Grades. Wehenschwäche.

Operation: 2. V. 10, 10° a. m.

Ergebnis: 5. VI. 10 Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat eine Coxitis infolge eines Falles im ersten Lebensjahre durchgemacht. Die Regel trat mit 13 Jahren ein, war stark und regelmäßig.

Im 15., 19. und 21. Lebensjahre wurde die Pat. wegen einer Coxitis rechts operiert.

Geburten: I. Spontangeburt, langdauernd, Kind lebt. II. Kind tot geboren.

Letzte Regel war Ende Juli 1909. Als Tag der Konzeption gibt sie den 2. August an.

Pat. ist klein, von grazilem Knochenbau, schwächlich, in leidlichem Ernährungszustande. Coxitis dextra. Pat. befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 22,5, Cr. J. 24, Tr. 24; Conj. ext. 17, diag. 11 cm.

Die Portio ist nicht mehr erhalten. Der Kopf steht über der Interspinallinie beweglich im Beckeneingang. Der Muttermund ist gut für einen Finger durchgängig.

Geburtsverlauf: 2. V. 10, 5° a. m. Pat. kommt ohne Wehen, die Blase ist spontan gesprungen, die kindlichen Herztöne sind gut.

Operation: 2. V. 10^{30} a. m. Flankenschnitt parallel zum Poupartschen Band. Verschiebung der Blase und des Peritoneums gelingt leicht. Forceps. Manuelle Lösung der Placenta. Uterustamponade. Das Peritoneum reißt auf 5 cm ein und wird sofort geschlossen. Drainage des präperitonealen Raumes durch einen Jodoformgazestreifen. Nähte.

Das Kind, ein Knabe, lebt und ist ausgetragen. Länge 50 cm, Gewicht 3300 g.

Wochenbett: Vom 6.—9. Tage leichter Temperaturanstieg. Die Pat. klagt anfangs über starke Schmerzen. Die Wunde entleert große Mengen Eiter.

14. V. Schmerzen und Sekretion haben ganz nachgelassen, nur beim Aufstehen noch Schmerzen.

5. VI. 10. Keine Sekretion, keine Schmerzen. Mutter und Kind entlassen.

24. Fall.

F. H., 32 Jahre alt, II-Para. — Jahrgang 1910, Klin. Abt. 1, Nr. 680.

Indikation: Enges Becken I. Grades.

Geburtsdauer: 12 Stunden.

Operation: 19. V. 11^{30} a. m.

Ergebnis: 15. VI. Mutter und Kind gesund entlassen.

Die Regel trat mit 16 Jahren ein, war immer regelmäßig, von gewöhnlicher Dauer und Stärke. Pat. hat einen Gelenkrheumatismus überstanden.

Die erste Schwangerschaft im Alter von 21 Jahren endete mit einer Frühgeburt im fünften Monat. Das Kind starb nach 15 Tagen.

Die letzte Regel war am 3. Juli 1909 wie gewöhnlich. Die Pat. hatte in der Schwangerschaft anfangs unter Leibschmerzen und Erbrechen zu leiden.

Die Pat. ist mittelgroß, hat mittelmäßige Muskulatur und ist ziemlich gut ernährt.

Das Kind befindet sich in II. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 26,5, Cr. J. 29, Tr. 32; Conj. ext. 20, diag. 10,5 cm.

Die Portio ist verstrichen. Der äußere Muttermund für 3 Finger durchgängig. Die Blase steht. Der vorliegende Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang.

Geburtsverlauf: Wehenbeginn 18. V. 11^{30} p. m. Blasensprung 19. V. 7^{0} a. m.

Operation: 19. V. 11^{0} a. m. Flankenschnitt nach Doederlein. Die Uteruswand ist durch den Kopf stark vorgewölbt. Forceps. Expression der Placenta. Drainage. Uterustamponade.

Das Kind, ein Mädchen, ist ausgetragen und lebt. Länge 49 cm, Gewicht 2950 g.

Wochenbett: Trotz Einnahme und Klistieren hat die Pat. keinen Stuhl. Der Leib ist aufgetrieben, stark druckempfindlich, und die Därme zeichnen sich auf der Bauchdecke ab. Erst am 21. V. geht nach mehrmaligen Einläufen Stuhl ab. Die Temperatur, die sich in diesen Tagen um 38^{0} bewegt, fällt mit der Stuhlentleerung ab, die Pat. ist fieberfrei. Die Wunde entleert ziemlich viel eiteriges Sekret, und die Sekretion nimmt bis zum 12. Tage allmählich ab.

15. VI. kann die Pat. geheilt entlassen werden.

25. Fall.

M. G., 25 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 791.

Indikation: Rhachitisch plattes Becken III. Grades.

Geburtsdauer: 10 Stunden.

Operation: 8. VI. 10, 6^{0} p. m.

Ergebnis: 25. VI. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat mit 2½ Jahren laufen gelernt, die Regel trat mit 16 Jahren ein, war regelmäßig und dauerte 6 Tage.

Die letzte Regel war am 18. VIII. 1909 wie gewöhnlich. Die ersten Kindsbewegungen verspürte Pat. Mitte Januar. Anfangs hatte sie viel Erbrechen.

Das Kind befindet sich in II. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 27, Cr. J. 28, Tr. 32; Conj. ext. 19, diag. 9; vera direkt gemessen 6,5 cm.

Der äußere Muttermund ist geschlossen, die Blase steht. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 8. VI. 8^{30} a. m. Wehenbeginn. Die Wehen sind sehr schwach. Zeit des Blasensprungs nicht angegeben. Es wird ein lebendes Kind gewünscht.

Operation: 8. VI. 6^{0} p. m. 2 ccm Ergotin. Flankenschnitt nach Doederlein. Das Peritoneum reißt nicht ein. Tamponade durch die Scheide geleitet. Drainage. Das Kind, ein Mädchen, ist reif und lebt.

Wochenbett: Es ist keinerlei Nachblutung zu verzeichnen. Die Temperatur steigt an. Erbrechen. Urin spontan. Der Leib ist etwas aufgetrieben, auf Einlauf erfolgt Stuhl.

11. VI. befindet sich die Pat. wohl. Die Wunde ist infiltriert. Temperatur 38,3°. Bis zum 16. VI. schwindet das Fieber ganz. Die Wunde sondert in der Mitte reichliches Sekret ab.

25. VI. Die Wunde ist bis auf eine kleine Stelle in der Mitte geheilt. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Pat. wird auf ihren Wunsch entlassen.

26. Fall.

A. St., 25 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 945.

Indikation: Enges Becken I. Grades.

Geburtsdauer: 26 Stunden.

Operation: 11. VII. 10, 11^{0} a. m.

Ergebnis: Mutter geheilt entlassen, Kind †.

Die Pat. gibt als Eintritt der Regel ihr 17. Lebensjahr an. Die Periode blieb oft aus, war sehr unregelmäßig, schwach und dauerte 4—8 Tage. Chlorose.

Die letzte Regel war am 26. September 1909. Die Pat. hatte in der Schwangerschaft anfangs unter geringem Erbrechen zu leiden.

Gravida ist 1,48 m groß, gut ernährt und hat eine ausreichende Muskulatur. An beiden Beinen sind leichte Varicen vorhanden.

Das Kind befindet sich in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 25, Cr. J. 27, Tr. 31; Conj. ext. 19, diag. 10,5, vera direkt gemessen 8,5 cm.

Der äußere Muttermund ist dreimarkstückgroß. Die Blase steht. Der Kopf steht beweglich über dem Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 10. VII. 8^0 a. m. Wehenbeginn. Die Wehen sind stark, die Geburt geht aber nicht vorwärts. Die Pat. erhält 10^0 p. m. und nochmals nach 4 Stunden Scopolamin und Morphium.

11. VII. 8^0 a. m. wird die Blase gesprengt. Trotz intensivster Wehentätigkeit tritt der Kopf nicht in das Becken ein. Die kindlichen Herztöne werden unregelmäßig. Es geht reichlich helles Mekonium ab.

Operation: 11. VII. 11^0 a. m. Flankenschnitt nach Doederlein. Die Umschlagsfalte des Peritoneums läßt sich leicht emporddrängen. Der Schnitt in die ausgezogene Cervixwand ist etwa 8 cm lang. Forceps. Manuelle Expression der Placenta. Das Peritoneum reißt in einer Ausdehnung von 4 cm ein und wird sofort geschlossen. Jodoformdocht.

Das Kind stirbt sofort nach der Geburt an Schluckpneumonie.

Wochenbett: Die Temperatur steigt bis 40^0 an. Die Pat. hat anfangs mehrere Schüttelfröste. Aspirin. Die Temperatur sinkt bis zum 20. VII. langsam bis auf 38^0 herab. Der Leib ist noch immer stark aufgetrieben, erst in den folgenden Tagen läßt die Spannung des Leibes nach reichlicher Stuhlentleerung nach. Die Pat. geht langsam der Besserung entgegen. Die Temperaturen wechseln noch. Am 25. VII. befindet sich die Pat. wohl. Die Wunde, die anfangs sehr stark sezerniert, schließt sich langsam.

7. VIII. wird die Pat. geheilt entlassen.

27. Fall.

R. L., 35 Jahre alt, IV-Para. — Jahrgang 1910, Hs., Nr. 555.

Geburtsdauer: 9½ Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades. Trichterbecken.

Operation: 5. VIII. 10, 3^{30} p. m.

Ergebnis: 21. VIII. Mutter gesund entlassen, Kind †.

Pat. hat Rhachitis durchgemacht und fing erst mit 2 Jahren zu laufen an. Die Periode begann mit 18 Jahren, war anfangs von achttägiger, später von viertägiger Dauer, mittelstark und regelmäßig.

Die 3 Geburten waren schwere Zangengeburten, die letzte im Juni 1909, die Kinder starben jedesmal kurz nach der Geburt.

Diesmal war die letzte Regel Anfang November 1909 schwächer als sonst. Kindsbewegungen nahm Pat. Ende Februar 1910 wahr, während der Schwangerschaft anfangs viel Übelkeiten.

Gravida ist 1,48 m groß, mittelkräftig, in mäßigem Ernährungszustande. Sie befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in II. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 19,5, Cr. J. 21, Tr. 26; Conj. ext. 17, diag. 11,2 cm. Das Becken zeigt einen hohen und engen Schambogen, hohe Symphyse, Trichterbecken.

Die Portio ragt 1 cm lang in die Scheide, der äußere Muttermund ist für einen Finger durchgängig, die Blase steht, das Becken ist leer, der vorliegende Teil ist der Kopf.

Geburtsverlauf: 4. VIII. 6^0 p. m. Wehenbeginn. 4. VIII. 8^0 p. m. Blasensprung.

5. VIII. 7^{30} a. m. Die Pat. hat kräftige Wehen, die bald schwächer und seltener werden. Die kindlichen Herztöne sind gut. Da die Wehen sistieren und die Geburt nicht vorwärts geht,

5. VIII. 3^{30} p. m. Pfannenstielschnitt; das Abschieben der Übergangsfalte des Peritoneums und der Blase gelingt ohne Beschwerden. 5 cm langer Längsschnitt in den unteren Uterusabschnitt, etwas rechts von der Mittellinie. Wendung und Extraktion des Kindes. Die Nabelschnur, die einmal um Nabel und Steiß geschlungen ist, macht Schwierigkeiten und verlängert sehr die Geburt. Expression der Placenta. Geringe Blutung. Jodoformgazetamponade des Uterus und der Schnittstelle. Jodoformdocht ins Cavum Retzii, durch den rechten Wundwinkel herausgeleitet. Nähte.

Das Kind, weiblichen Geschlechts, ist reif, kommt schwer asphyktisch zur Welt, ist nicht wiederzubeleben. Länge 50 cm, Gewicht 3670 g.

Wochenbett: Verläuft vollkommen afebril. 21. VIII. Entlassung.

28. Fall.

E. Z., 23 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Klin. Abt. Nr. 1325.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Geburtsdauer: 59 Stunden.

Operation: 27. IX. 10, 9^0 a. m.

Ergebnis: 20. X. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat Rhachitis durchgemacht, sie ist von ihrem 16. Lebensjahre an unregelmäßig menstruiert.

Die letzte Regel war am 24. Dezember 1909. Die Pat. gibt an, am 5. VII. 10 von einem Stuhl gefallen zu sein und seitdem nur sehr schwache Kindsbewegungen verspürt zu haben.

Die Pat. ist klein und von rhachitischem Knochenbau. Die Muskulatur ist schwach entwickelt. Pat. ist gut ernährt.

Das Kind liegt in I. Schädellage, schief über dem Becken. Es lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 23, Cr. J. 24, Tr. 29,5; Conj. ext. 18, diag. 11, vera direkt gemessen 8 cm.

Die Portio ist verstrichen. Der Muttermund dreimarkstückgroß. Die Blase wölbt sich vor. Der Kopf steht fest im Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 24. IX. 10^0 p. m. Wehenbeginn. Die Zeit des Blasensprungs ist nicht angegeben.

26. IX. Temperatur 37^0. Die kindlichen Herztöne betragen 112. Da die Wehen sehr stark werden, erhält die Pat. im Laufe der Nacht Morphium.

Operation: 27. IX. 9^0 a. m. Querschnitt nach Pfannenstiel. Das Peritoneum läßt sich leicht in der Medianlinie nach oben abschieben. Das Kind wird mit der Zange geboren. Jodoformgazestreifen.

Das Kind, ein Knabe, schreit sofort kräftig. Es ist reif und ausgetragen. Länge 51 cm, Gewicht 3800 g.

Wochenbett: Intermittierendes Fieber mit hohen Abendtemperaturen. Die mäßige Wundeiterung wird täglich zweimal abgesaugt.

9. IX. Die Temperatur ist normal. Die Wunde heilt gut. Stuhl und Urin in Ordnung. Wohlbefinden.

20. X. Pat. wird geheilt entlassen.

29. Fall.

E. F., 22 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 1573.

Indikation: Allgemein verengtes Becken III. Grades.

Geburtsdauer: 12 Stunden.

Operation: 14. XI. 1910.

Ergebnis: 3. XII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. gibt an, an Rhachitis gelitten zu haben. Die Regel begann mit 16 Jahren, war immer schwach und unregelmäßig, dauerte 3—4 Tage.

Die letzte Periode war Ende Februar 1910.

Pat. ist nur 1,33 m groß, eine Zwergin. Der Knochenbau ist plump. X-Beine. Rhachitischer Rosenkranz. Lordose der Brustwirbelsäule: Zeichen schwerer Rhachitis. Pat. ist schwächlich und nicht besonders ernährt.

Das Kind liegt in I. Querlage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 24, Cr. $25\frac{1}{2}$, Tr. $28\frac{1}{2}$; Conj. ext. 17, diag. $8\frac{1}{2}$, vera direkt gemessen 6 cm.

Die Cervix ist durch die vorgewölbte Fruchtblase verdeckt. Das Becken ist leer. Das Promontorium springt stark hervor.

Geburtsverlauf: 13. XI. 11^0 p. m. Wehenbeginn. Die Wehen sind anfangs schwach, werden aber im Laufe der Nacht so stark, daß die Pat. alle 3 Stunden $\frac{1}{2}$ Spritze Morphium erhält. 14. XI. 1^0 p. m. Blasensprung.

Operation: 14. XI. 11^0 a. m. Flankenschnitt nach Doederlein. Das Kind wird mit der Zange entwickelt. Das Peritoneum ist nicht eröffnet. Drainage.

Das Kind ist ein Mädchen, reif und lebt. Länge 49 cm, Gewicht 2700 g.

Wochenbett: Die Wundheilung verläuft glatt ohne Störung. Es sind nur zweimal leichte Temperaturerhöhungen nachzuweisen. Das Sekret entleert sich hinreichend durch

den Docht, der später durch einen Gummidrain ersetzt wird. Das Allgemeinbefinden ist ungestört gut.

3. XII. Pat. wird geheilt entlassen.

30. Fall.

A. J., 26 Jahre, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 1603.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Geburtsdauer: 84 Stunden.

Operation: 19. XI. 1910.

Ergebnis: 7. XII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Die Pat. hat angeblich mit einem Jahre laufen gelernt. Scharlach. Sie ist seit dem 13. Jahre regelmäßig mit stets vorangehenden Krämpfen menstruiert. Die letzte Regel war am 9. Februar 1910. Pat. ist klein, mäßig kräftig, gut ernährt.

Das Kind liegt in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 21, Cr. J. 25, Tr. 25; Conj. ext. 17, diag. 8½ (doppeltes Promontorium), vera direkt gemessen 8,2 cm.

Die Portio ist erhalten. Der äußere Muttermund für 2 Finger durchgängig. Das Becken ist leer, es ragt eine starke Kopfgeschwulst in das kleine Becken hinein.

Geburtsverlauf: 16. XI. 10^0 p. m. Wehenbeginn. 17. XI. 1^0 a. m. Blasensprung. Die Wehen sind schwach. Die kindlichen Herztöne normal.

Operation: 19. XI. 7^{30} p. m. Flankenschnitt nach Doederlein. 6 cm langer Uterusschnitt. Der Versuch, das Kind durch Wendung und Extraktion zu entwickeln, scheitert. Forceps. Die Placenta löst sich spontan. Jodoformgazetamponade des Uterus, Drainage.

Das Kind, ein Knabe, ist reif und wird wiederbelebt. Länge 50 cm, Gewicht 2900 g.

Wochenbett: Die Pat. ist dauernd afebril und befindet sich wohl. Die Wunde schließt sich per primam intentionem.

7. XII. Entlassung.

31. Fall.

M. S., 23 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 1670.

Indikation: Enges Becken I. Grades.

Geburtsdauer: 22 Stunden.

Operation: 1. XII. 1910.

Ergebnis: 22. XII. Mutter und Kind in eine andere Klinik entlassen.

Pat. hat mit 5 Jahren eine Pneumonie durchgemacht. Die Pubertät trat mit 14 Jahren ein. Die Periode war stark und regelmäßig und dauerte 8 Tage. Die letzte Regel weiß Pat. nicht anzugeben. Die Schwangerschaft verlief gut.

Gravida ist mittelgroß mit mäßig kräftiger Muskulatur und gutem Ernährungszustand.

Das Kind liegt in II. Gesichtslage, lebt und ist ziemlich groß.

Beckenmaße: Sp. J. 26, Cr. J. 29, Tr. 31; Conj. ext. 21, diag. —, vera direkt gemessen 9 cm.

Die Portio ist verstrichen. Der Zervikalkanal vollständig erweitert. Die Blase ist gesprungen, es liegt das Gesicht vor, es steht fest im Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 31. XI. 8^0 p. m. Wehenbeginn. 1. XII. 1^0 a. m. Blasensprung.

1. XII. 4^0 a. m. wird die Pat. in die Klinik eingeliefert, nachdem außerhalb wegen der Gesichtslage vergebliche Wendungsversuche gemacht wurden. Der Scheideneingang ist sehr eng. Im linken Scheidengewölbe seitlich befindet sich eine ca. einmarkstückgroße, bis auf die seitliche Beckenwand reichende Perforationswunde. Der Muttermund ist vollständig erweitert. Die Gesichtslinie verläuft in Beckenweite in querem Durchmesser. Das stark angezogene Hinterhaupt des dolichozephalen Kopfes ist von außen oberhalb der Linea innominata fühlbar.

Operation: 1. XII. 6^0 p. m. Operation. Drainage durch einen Jodoformgazestreifen.

Das Kind, männlichen Geschlechts, lebt, ist 51 cm lang und wiegt 3550 g.

Wochenbett: Nach der Operation nur ganz geringe Temperatursteigerung. Es fließt eiteriges, blutiges Sekret aus der Wunde, das aspiriert wird. Pat. glaubt, daß Wasser aus der Scheide abginge: Blasenvaginalfistel. Es wird ein Dauerkatheter eingelegt. Impfung des Harnsediments ergibt Bact. coli. Gegen die Cystitis werden Kollargolspülungen gemacht.

15. XII. Die Pat. liegt weniger naß, die vermutete Fistel scheint sich zu schließen.

22. XII. Die Wunde sezerniert noch etwas. Pat. läßt sich in eine andere Klinik überweisen.

32. Fall.

E. K., 31 Jahre alt, II-Para. — Jahrgang 1910, Hs., Nr. 868.

Geburtsdauer: 25 Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Operation: 12. XII. 5^{30} p. m.

Ergebnis: 2. I. 11 Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat als Kind zur rechten Zeit laufen gelernt, mit 8 Jahren Meningitis, nachher angeblich Rhachitis, das Laufen wurde schwächer, mit 13 Jahren Operation am rechten und linken Knie.

Vor 4 Jahren hat Pat. einen Gelenkrheumatismus durchgemacht, danach Versteifung des rechten Hüftgelenks.

1903 Spontangeburt eines ausgetragenen Kindes, tot. Geburtsdauer angeblich 5 Tage.

Die letzte Regel war am 6. März 1910 wie sonst. Pat. hat viel Erbrechen während der Schwangerschaft gehabt.

Pat. ist 1,46 groß, schlecht ernährt, mit wenig entwickelter Muskulatur. Das rechte Hüftgelenk ist steif. In der Kniegegend sind Narben. Sie befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 21, Cr. J. 23, Tr. 28; Conj. ext. 18, diag. 9, vera 8—8,5 cm.

Die Portio ist verstrichen. Der Muttermund ist dreimarkstückgroß erweitert. Die Blase steht. Der vorliegende Kopf steht beweglich über dem Becken.

Geburtsverlauf: 11. XII. 5^{0} p. m. Wehenbeginn. 12. XII. 3^{15} p. m. Pat. kommt mit dem dringenden Wunsch, ein lebendes Kind zu haben.

12. XII. 5^{30} p. m. Sectio caesarea extraperitonealis.

Das Kind ist männlichen Geschlechts, reif und lebend, Länge 53 cm, Gewicht 3450 g.

Wochenbett: Die Temperatur ist mit Ausnahme vom vierten und zwölften Tage (38,5°) afebril. Die Wunde heilt per primam intentionem.

2. I. 1911 verläßt die Pat. die Klinik.

33. Fall.

P. Sch., 17 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1910, Nr. 1792.

Geburtsdauer: 28 Stunden.

Indikation: Enges Becken I. Grades.

Operation: 24. XII. 10, 6^{45} p. m.

Ergebnis: 14. I. 11 Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat mit 3 Jahren laufen gelernt, die Regel trat mit 12 Jahren ein, war immer regelmäßig und stark, 4—5 Tage dauernd.

Die letzte Menstruation war am 12. IV. wie sonst.

Zu Beginn der Schwangerschaft hatte Pat. unter Erbrechen und Kopfweh zu leiden.

Gravida ist klein, ziemlich kräftig und gut ernährt.

Das Kind befindet sich in II. HHL., lebt und ist von mittlerer Größe.

Beckenmaße: Sp. J. 24½, Cr. J. 25, Tr. 30; Conj. ext. 16,5, diag. 10,5 cm.

Die Portio ist noch erhalten. Der äußere Muttermund ist für einen Finger durchgängig. Die Blase steht, es liegt der Kopf vor.

Geburtsverlauf: 23. XII. 2^{0} p. m. Wehenbeginn.

23. XII. 6^{0} p. m. Blasensprung. Der Muttermund ist reichlich für 1 Finger durchgängig. Während der Nacht hören die Wehen ganz auf. Der Kopf des Kindes ist auf die rechte Darmbeinschaufel abgewichen. Die kindlichen Herztöne sind normal.

Operation: 24. XII. 6^{45} p. m.

Das Kind ist reif und lebt. Es ist männlichen Geschlechts. Länge 50 cm, Gewicht 3100 g.

Wochenbett: Die Pat. fühlt sich in den ersten Tagen matt. Es sind leichte Temperaturen bis 38° und darüber zu verzeichnen. Erst nach dem 5. Tage ist die Pat. fieberfrei. Der Puls ist anfangs stark beschleunigt, sinkt aber nach dem Aufstehen am 6. Tage langsam ab. Die Wunde ist anfangs in der Umgebung infiltriert. Das Wundsekret läuft durch den eingelegten Glasdrain gut ab. Die Sekretion läßt zusehends nach, so daß die Wunde am 14. I. verheilt ist. Die Pat. wird an diesem Tage entlassen.

34. Fall.

C. R., 18 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Hs., Nr. 9.

Geburtsdauer: 9 Stunden.

Indikation: Enges Becken III. Grades. Nabelschnurvorfall.

Operation: 3. I. 11, 7^{30} p. m.

Ergebnis: 14. I. 11 Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat erst mit 6 Jahren laufen gelernt. Sie hat Masern, Scharlach, Skrofulose durchgemacht. Die Regel trat mit 12 Jahren ein, war regelmäßig und von achttägiger Dauer. Pat. hat an Chlorose zu leiden und Bronchialkatarrh, deshalb 2½ Jahr in einer Heilanstalt. Die letzte Regel war am 27. III. 1910. Pat. hat im 8. Monat der Schwangerschaft Ohnmachtsanfälle.

Gravida ist klein, von rhachitischem Knochenbau, mäßig ernährt und schwächlich. Struma, Varicen an beiden Unterschenkeln. Pat. ist am Ende der Schwangerschaft. Das Kind lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 24, Cr. J. 28, Tr. 31; Conj. ext. 18½, diag. 10, vera 6,5 cm.

Der äußere Muttermund ist kleinhandtellergroß, die Blase ist gesprungen, die Nabelschnur ist neben den vorliegenden Kopf vorgefallen.

Geburtsverlauf: 3. I. 10^{0} a. m. Wehenbeginn. 3. I. 6^{30} p. m. Blasensprung.

3. I. 3^{0} p. m. Pat. hat mäßig starke Wehen. Kindliche Herztöne 140. Da der Kopf sehr hoch steht, sind Zange und Wendung nicht ausführbar.

Operation: 3. I. 7^{30} p. m. Flankenschnitt. Es repräsentiert sich das bereits überdehnte, untere Uterinsegment. Schnitt in den Uterus auf den Kopf des Kindes zu. Forceps. Es entsteht eine zehnpfennigstückgroße Öffnung im Peritoneum, die sofort geschlossen wird. Entfernung der Placenta. Die Wundhöhle mit einem Glasdrain nach oben und außen drainiert. Nähte.

Das Mädchen ist reif und lebt. Länge 50 cm, Gewicht 3650 g.

Wochenbett: Die Temperatur steigt nur am 2. bis 4. Tage auf 38^{0} an, sonst ist die Pat. afebril. Die Wunde sezerniert ziemlich reichlich.

Am 12. I. ist die Wunde noch offen, aber die Sekretion hat nachgelassen.

14. I. Entlassung.

35. Fall.

F. P., 39 Jahre alt, V.-Para. — Jahrgang 1911, Nr. 48.

Indikation: Enges Becken I. Grades, hochgradige Scheidenstenose.

Operation: 10. I. 11.

Ergebnis: 3. II. Mutter nach Hause verlegt, Kind †.

Von Kinderkrankheiten hat Pat. Masern durchgemacht. Die Regel trat mit 13 Jahren ein, war regelmäßig, ziemlich stark und dauerte 5—6 Tage. Vor 15 Jahren hat die Pat. eine Pneumonie überstanden.

Geburten: 1.) Zangengeburt, Kind lebt. — 2.) u. 3.) normal. Kinder leben. — 4.) Vor 10 Jahren die letzte Geburt. Es entstand ein Cervixriß, der genäht wurde. Das Kind war tot. 6 Wochen dauerndes Puerperalfieber.

Letzte Regel Ende Mai 1910. Anfangs war das Befinden in der Schwangerschaft schlecht.

Pat. ist mittelgroß, mäßig kräftig, gut ernährt. Es sind schwache Varicen an den Beinen vorhanden. Das Kind befindet sich in Steißlage, lebt und ist klein. Die Schwangerschaft besteht im 9. Monat.

Beckenmaße: Sp. J. 25, Cr. J. 28, Tr. 30; Conj. ext. 18, diag. 10½—11 cm.

Geburtsverlauf: 10. I. 5^0 p. m. Die Pat. wird in die Klinik geschickt, da wegen ausgedehnter Plastiken an Portio, Scheide und Damm die Geburt auf natürlichem Wege nicht stattfinden kann. Die kindlichen Herztöne sind normal.

Operation: 10. I. 5^{30} p. m. Flankenschnitt nach Doederlein. Es entsteht eine sehr heftige Blutung aus den stark erweiterten Gefäßen des Plexus praevesicalis. Extraktion des in Steißlage befindlichen Kindes. Manuelle Entfernung der Placenta. Uterustamponade. Drainage.

Das Kind ist weiblichen Geschlechts, unreif, scheintot, wird zwar wiederbelebt, stirbt aber bis zum Abend. Länge 45 cm, Gewicht 2100 g.

Wochenbett: Die Entfernung der Tamponade ergibt keinerlei Nachblutung. Die Wunde eitert und klafft, unter dem Einfluß von Dermatolpuder geht sie langsam der Heilung entgegen. Leichte Temperatur.

3. II. wird die Pat. auf ihren Wunsch in ihre Wohnung verlegt.

36. Fall.

M. St., 33 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Nr. 61.

Indikation: Inkarzerierte Querlage. Enges Becken.

Operation: 12. I. 1911.

Ergebnis: Mutter gesund entlassen, Kind †.

Pat. ist vom 14. Jahre ab regelmäßig mittelstark menstruiert. Die letzte Regel war Ende April 1910. Die Pat. litt in den ersten Monaten der Schwangerschaft an Erbrechen. Sie ist draußen von der Hebamme und von 2 Ärzten ohne Gummihandschuhe untersucht worden.

Die Pat. ist von mittlerer Größe, die Muskulatur ist mäßig entwickelt, sie ist gut ernährt.

Das Kind liegt in II. dorso-anteriorer Querlage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 24,5, Cr. J. 28, Tr. 31,5; Conj. ext. 18,5. —

Äußerer Muttermund ist um den vorgefallenen Arm kontrahiert. Die Blase ist gesprungen, es liegt die linke Hand vor.

Geburtsverlauf: 8. I. Die Pat. verspürt schwache Wehen, die alsbald stärker werden. Die Blase soll bereits am 10. XII. 10 gesprungen sein, so daß eine Frühgeburt erwartet wurde.

12. I. 1^0 p. m. kommt die Pat. mit obigem Befund in die Klinik. Es sind draußen zwei Wendungsversuche gescheitert! Das Kind lebt.

12. I. 5^{30} p. m. Operation. Flankenschnitt nach Doederlein. Sehr starke Blutung beim Einschneiden in den Uterus, die durch Klammern und Umstechung gestillt wird. Extraktion des Kindes durch Wendung. Extraktion der Placenta. Das Peritoneum ist an keiner Stelle eröffnet. Uterustamponade. Drainage.

Das Kind wird tief asphyktisch am Bein extrahiert. Dabei zeigt es sich, daß der linke Arm durch den Muttermund vollständig abgeschnürt war. Die linke Schulter ist zu einem fast kindskopfgroßen kugeligen Tumor angeschwollen.

Das Kind, weiblichen Geschlechts, ist reif und tot. Länge 50 cm, Gewicht 3200 g.

Wochenbett: Die Pat. fühlt sich nach der Operation wohl, ist nur etwas matt. Harn und Stuhl sind geordnet. Aus der Wunde fließt viel Sekret, auch Eiter ab.

30. I. ist die Wunde rein, die Pat. geht der Heilung entgegen.

37. Fall.

Th. F., 32 Jahre alt, I-Para. —Jahrgang 1911, Hs., Nr. 122.

Geburtsdauer: 23 Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Operation: 12. II. 11 8^{30} p. m.

Ergebnis: 23. VIII. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat Masern durchgemacht. Die Regel begann mit 19 Jahren, war unregelmäßig und schwach und von 3—4tägiger Dauer. Die letzte Regel war am 15. Mai 1910 wie sonst. Pat. hat während der ersten 3 Monate unter Erbrechen zu leiden.

Die Pat. ist mittelgroß, kräftig und gut ernährt. Sie befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. HHL., lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 20, Cr. J. 24,5, Tr. 28; Conj. ext. 18, diag. 10,5, vera 9 cm.

Die Portio ist verstrichen. Der Muttermund fünfmarkstückgroß. Die Blase ist gesprungen. Der Kopf ist anscheinend mit einem kleinen Segment ins Becken eingetreten.

Geburtsverlauf: 14. II. 9^{0} p. m. Wehenbeginn. 15. II. 4^{45} p. m. Blasensprung.

12. II. Pat. hat während der ganzen Nacht keine Wehen, erst nachmittags gegen 5 Uhr werden die Wehen kräftiger, länger dauernd, alle 2 Minuten einsetzend. Beim Blasensprung entleert sich mekoniumhaltiges Fruchtwasser. Kindliche Herztöne sind gut. Der Kopf tritt aber trotz stundenlanger kräftiger Wehentätigkeit absolut nicht tiefer und ist etwas nach links abgewichen.

15. II. 8^{30} p. m. Operation. Es gelingt, das untere Uterinsegment vom Peritoneum zu befreien. Schnitt in den Uterus. Forceps. Expression der Placenta. Uterustamponade. Glasdrain nach außen. Nähte.

Das Kind, ein Knabe, ist reif und lebend, Länge 50 cm, Gewicht 3080 g.

Wochenbett: Verläuft völlig afebril, der Wundverlauf reaktionslos.

23. III. wird die Pat. bei bestem Wohlbefinden entlassen.

38. Fall.

K. S., 39 Jahre alt, IX-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 302.

Geburtsdauer: 8tägige immer wieder aussetzende Wehen.

Indikation: Wehenschwäche. Enges Becken I. Grades.

Operation: 21. II. 11, 11^{15} a. m.

Ergebnis: 26. III. Mutter und Kind entlassen.

Pat. ist vom 20. Jahre ab regelmäßig und schwach menstruiert.

Partus: 1. Im Alter von 27 Jahren. Kind sehr groß, intra partum †. — 2. Abort. Mens. III. — 3. Frühgeburt. Mens. VII. Kind †. — 4. Nabelschnurvorfall. Kind intra partum †. — 5. Spontangeburt. Kind mit 5 Jahren †. — 6. Entbindung in Narkose. Kind Mens. VIII. an Lebensschwäche †. — 7. Spontangeburt. Mens. VIII. Kind † an Lebensschwäche. — 8. Künstlicher Abort.

Letzte Regel war am 11. Mai 1910, 3 Tage lang und schwach. Pat. hat viel unter Unwohlsein, Magenbeschwerden zu leiden.

Gravida ist klein, mittelkräftig. An den Beinen sind Varicen vorhanden. Die Schwangerschaft befindet sich im 10. Monat. Das Kind liegt in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 25½, Cr. J. 27, Tr. 30; Conj. ext. 19, diag. 10½—11 cm.

An den äußeren Genitalien sind starke Varicen vorhanden. Die Cervix ist für einen Finger durchgängig, es ist kein vorliegender Teil zu fühlen. Das Becken ist leer.

Geburtsverlauf: 13. II. 2⁰ p. m. Wehenbeginn.

14. II. 5⁰ p. m. betritt die Pat. ohne Wehen den Kreissaal. Das Kind lebt. Herztöne 148. Da die Frau keinerlei Wehen hat, wird sie auf den Wochensaal verlegt.

21. II. 11^{15} a. m. Flankenschnitt. Es wird von der Absicht, den extraperitonealen Kaiserschnitt auszuführen, wegen sehr starker Varicen an den Beinen, äußeren Genitalien, besonders stark entwickelter Venenplexus bei der Durchtrennung der Muskulatur Abstand genommen und der zervikale transperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt. Sehr starke Blutung beim Durchschneiden des Uterus. Placenta manuell gelöst. Mit Rücksicht auf die sehr starke Blutung und die Herzschwäche der Mutter wird der Uterus total exstirpiert. Vernähung der Scheide. Schluß der Bauchwunde.

Das Kind ist männlichen Geschlechts, reif und lebend. Länge 50 cm, Gewicht 3200 g.

Wochenbett: Nur am 2.—3. Tage steigt die Temperatur auf 38⁰ an. Pat. ist dann dauernd afebril. Wundverlauf reaktionslos.

26. III. Pat. in bestem Wohlbefinden entlassen.

39. Fall.

S. E., 33 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Nr. 369.

Indikation: Allgemein verengtes Becken II. Grades.

Geburtsdauer: 21 Stunden.

Operation: 5. III. 11.

Ergebnis: 18. III. Mutter und Kind gesund entlassen.

Mutter und ein Bruder der Pat. an Tuberkulose †. Die Regel trat mit 18 Jahren ein, war immer regelmäßig, mittelstark, dauerte 3—4 Tage.

Die letzte Periode war Ende Juli 1910. Es soll während der Schwangerschaft im August Wasser abgegangen sein.

Die Pat. ist 1,48 m groß, von mäßig kräftiger Muskulatur und in mittlerem Ernährungszustand.

Das Kind befindet sich in Schräglage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 22, Cr. J. 23. Tr. 25; Conj. ext. 15, diag. 9—9½, vera direkt gemessen 7½—8 cm.

Die Portio ist erhalten. Der äußere Muttermund ist vollständig geschlossen. Das Becken ist leer. Der Kopf ist auf die rechte Darmbeinschaufel abgewichen. Das Promontorium springt sehr stark hervor.

Geburtsverlauf: Wehenbeginn 4. III. 2⁰ p. m. Blasensprung 5. III. 2⁰ a. m. Die Wehen sind sehr mäßig. Temperatur 37,4. Die kindlichen Herztöne sind normal.

Operation: 5. III. 10⁰ a. m. Modifikation nach Bumm. Beim Aufwärtsschieben des Peritoneums wird es auf ca. 1 cm

eröffnet und sofort wieder durch Unterbindung geschlossen. Forceps. Der mit Mekonium stark verunreinigte Uterus wird nach Expression der Placenta sorgfältigst ausgewischt und tamponiert. Der Tampon wird durch die Scheide nach außen geleitet. Glasdrain.

Das Kind ist nicht ausgetragen, dem 9. Monat entsprechend. Der Knabe ist anfangs asphyktisch, wird aber nach kurzer Zeit wiederbelebt. Länge 45 cm, Gewicht 2200 g.

Wochenbett: Das Wochenbett verläuft normal ohne Temperatursteigerungen und Pulserhöhungen. Die Pat. steht am 6. Tage auf und fühlt sich wohl.

18. III. Pat. wird geheilt entlassen.

40. Fall.

K. Z., 36 Jahre alt, VII-Para. — Jahrgang 1911, Nr. 382.

Indikation: Platt verengtes Becken II. Grades.

Geburtsdauer: 16 Stunden.

Operation: 7. III. 1911.

Ergebnis: 27. III. Mutter und Kind gesund entlassen.

Die Pat. hat erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Die Regel trat mit 20 Jahren ein, war schwach, regelmäßig alle 4 Wochen.

Geburten: 1. Spontangeburt eines toten Kindes. — 2. Zangengeburt eines toten Kindes. — 3. Wendung und Extraktion eines toten Kindes. — 4. u. 5. Desgleichen. — 6. Juni 1909 Hebosteotomie. Entwicklung eines noch lebenden Kindes.

Die letzte Regel war am 3. Juni 1910 wie sonst.

Die Frau ist klein, 1,42 m, zart, schwach und mäßig ernährt. An den Beinen sind Varicen vorhanden.

Das Kind befindet sich in Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 27, Cr. J. 28, Tr. 30; Conj. ext. 17, diag. 11½, vera direkt gemessen 8 cm.

Die Absonderungen aus der Scheide sind blutig und schleimig. Der äußere Muttermund ist für 2 Finger durchgängig. Die Blase steht. Der vorliegende Kopf steht über dem Becken.

Geburtsverlauf: 7. III. 4^0 a. m. Wehenbeginn. Die Wehen sind tags über schwach.

7. III. 8^{45} p. m. Blasensprung. Die Frau wünscht dringend ein lebendes Kind.

Operation: 7. III. 9^0 p. m. Modifikation nach Bumm. Das Peritoneum reißt beim Abschieben nach oben auf 3 cm ein und wird sofort unterbunden und geschlossen. Bei der Inzision in den Uterus entsteht eine außerordentlich starke Blutung. Forceps. Die Blutung steht nach der Extraktion des Kindes. Expression der Placenta. Uterustamponade. Drainage. An der früheren Hebosteotomiestelle fand man einen wallnußgroßen Knochenvorsprung.

Das Mädchen schreit sofort, ist reif und 50 cm lang, 3100 g schwer.

Wochenbett: Außer einer am 11. III. aufgetretenen Temperatursteigerung auf 39° nimmt die Heilung einen vollkommen glatten Verlauf.

27. III. Entlassung.

41. Fall.

K. D., 24 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt., Nr. 418.

Geburtsdauer: 55 Stunden.

Indikation: Enges Becken I. Grades.

Operation: 13. III. 9° a. m.

Ergebnis: 11. IV. Mutter und Kind entlassen.

Pat. hat mit 16 Jahren einen Gelenkrheumatismus durchgemacht. Die Regel trat mit 19 Jahren ein, war stark und unregelmäßig und von 3 tägiger Dauer. Die letzte Periode war am 28. Mai 1910, 3 Tage und stark. Den Tag der Konzeption verlegt sie in die erste Hälfte des Juni 1910. Während der Schwangerschaft hatte sie unter Kopfschmerzen und Schwellung der Unterschenkel zu leiden.

Die Pat. ist kräftig und gut ernährt, Varicen und Ödeme an beiden Unterschenkeln. Pat. befindet sich am Ende der Schwangerschaft, das Kind liegt in I. HHL., lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 24, Cr. J. 26, Tr. 29; conj. ext. 19 ½, diag. 10,5.

Der Muttermund ist fünfmarkstückgroß eröffnet. Der Kopf ist noch auf dem Beckeneingang beweglich. Zwischen Kopf und Promontorium wölbt sich die Fruchtblase vor.

Geburtsverlauf: 11. III. 2° a. m. Wehenbeginn.

Die kindlichen Herztöne sind normal, keine Temperatur.

13. III. 9° a. m. Operation: Bummsche Modifikation. Längsschnitt in der Mittellinie. Der Versuch, die Blase von der Mitte wegzudrängen, mißlingt, daher wird der Schnitt an der linken Seite angelegt. In der Schnittöffnung liegt ein Arm des Kindes. Extraktion des Kindes am Arm. Der Kopf kann erst durch manuellen Gegendruck aus der Scheide entwickelt werden. Uterustamponade. Keine Drainage nach außen.

Das Kind, ein Mädchen, ist leicht asphyktisch, ausgetragen und wird wiederbelebt. Länge 51 cm Gewicht 3700 g.

Wochenbett: Im Wochenbett mehrmals Fieber bis 39—40°, erst vom 12. Tage ab ist die Pat. afebril. Die Temperaturen hatten keine nachweisbaren Ursachen. Die Wunde heilt per primam intentionem.

11. IV. Entlassung.

42. Fall.

E. V., 28 Jahre alt, IV-Para. — Jahrgang 1911, Hs., Nr 208.

Geburtsdauer: 40 Stunden.

Indikation: Enges Becken I. Grades. Großes Kind.

Operation: 20. III. 11, 12° mittags.

Ergebnis: 8. IV. 11, Mutter und Kind entlassen.

Pat. hat Rhachitis, später Diphtherie durchgemacht. Die Regel trat mit 15 Jahren ein, war alle 4 Wochen, stark, von 8tägiger Dauer. Später hatte Pat. eine Cystitis.

Partus: 1. Frühgeburt mens. VIII. Kind lebt. — 2. Frühgeburt Mens. VI. Kind †. — 3. Frühgeburt Mens. VII. Kind †. — 4. Frühgeburt Mens. VII. Kind †. — 5. Abort. Mens. II.

Die Pat. ist am 20. Mai 1910 wie sonst menstruiert, die ersten Kindsbewegungen verspürte Pat. anfangs Oktober im Dezember hatte Pat. Schüttelfrost, war 4 Wochen bettlägerig. Pat. ist mittelgroß, von kräftiger Muskulatur, in gutem Ernährungszustande. Pat. befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in II. Schädellage, lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 26, J. 28, Cr. Tr. 30; conj. ext. 18,5, diag. 11,5.

Die Portio ist verstrichen, der Muttermund dreimarkstückgroß, die Blase ist gesprungen, der Kopf steht beweglich im Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 18. III. 1^0 a. m. Wehenbeginn.

18. III. 9^0 a. m. Blasensprung.

18. III. 8^0 p. m. Pat. hat kräftige Wehen.

19. III. 12^{30} p. m. Die Wehen waren im Laufe des ganzen Vormittags sehr träge, nachmittags bleiben dieselben trotz wiederholter Wärmeapplikation schwach und sind nur vorübergehend stärker. Herztöne des Kindes andauernd gut.

20. III. 8^{20} a. m. Pat. fühlt sich sehr schwach, die Wehen sind andauernd schlecht und von sehr langen Pausen unterbrochen.

20. III. 12^0 mittags. Da die Geburt nicht vorwärts geht, Operation. Flankenschnitt. Die Plica des Bauchfells läßt sich leicht verschieben. Längsinzision auf den Kopf des Kindes zu, geringe Blutung. Forceps. Manuelle Lösung der Placenta. Uterustamponade. Das Peritoneum ist an einer kleinen Stelle eröffnet und wird sofort geschlossen. Glasdrain.

Das Mädchen ist reif und lebend, Länge 55 cm, Gewicht 3700 g.

Wochenbett: Pat. hat leichte Temperatur, am 5. Tage bis 39^0, der Wundverlauf ist reaktionslos.

8. IV. Pat. wird geheilt entlassen.

43. Fall.

L. Sp., 21 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Nr. 861.

Indikation: Enges Becken.

Operation: 1. VI. 11. Transperitoneal.

Ergebnis: Kind †, Mutter 17. VI. gesund entlassen.

Pat. hat von Kinderkrankheiten Masern durchgemacht. Die Regel begann mit 17 Jahren, war alle 4 Wochen, mittelstark, von 4—5 tägiger Dauer.

Die letzte Regel war am 1. VIII. 1910. Pat. ist kräftig und gut ernährt. Die Muskulatur ist gut entwickelt.

Das Kind liegt in II. HHL., lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 24, Cr. J. 28, Tr. 31,5, conj. ext. 18.

Geburtsverlauf 1. VI. 3⁰ am Morgen Blasensprung. Nach diesem sollen erst Wehen eingetreten sein. Der Muttermund habe sich so rasch erweitert, daß die Geburt schon um 7⁰ morgens erwartet wurde. Der Kopf sei öfters schon sichtbar gewesen, konnte aber vom Arzt auch nicht mittels der Zange entwickelt werden.

Operation: 1. VI. 3⁰ p. m. Querschnitt nach Pfannenstiel. Es gelingt in diesem Falle nicht, die Peritonealfalte, die sehr tief herabreicht, abzulösen. Es wird daher transperitoneal operiert. Forceps. Es entsteht keinerlei Blutung.

Das Kind, männlichen Geschlechts, ist asphyktisch, wird zwar wiederbelebt, stirbt aber im Laufe der Nacht. Länge 50 cm. Schwere 3800 g.

Wochenbett: Das Wochenbett verläuft fieberfrei. Stuhl und Urin gehen spontan ab. Die Pat. befindet sich dauernd wohl und steht am 6. Tage auf.

17. VI. Die Pat. wird geheilt entlassen.

44. Fall.

M. St., 38 Jahre alt. IX-Para. — Jahrgang 1911, Nr. 918.

Indikation: Enges Becken I. Grades. Frühzeitiger Blasensprung. Wehenschwäche.

Operation: 12. VI. 11.

Ergebnis: 30. VI. Mutter und Kind gesund entlassen.

Bei der Pat. trat die Periode mit 17 Jahren auf, war stets regelmäßig.

Geburten: 1. 1894 Perforation, im Wochenbett Fieber. — 2. 1895 Spontangeburt. Kind lebt. Im Wochenbett Fieber. — 3. 1897 Steißlage. Kind †. — 4. 1899 Spontangeburt. Kind lebt. Im Wochenbett Fieber. — 5. 1900 Spontangeburt. Kind †. — 6. 1901 Perforation. Im Wochenbett Fieber. — 7. 1902 Perforation. Im Wochenbett Fieber. — 8. Abort.

Die letzte Regel war am 1. September 1910 und stark. Anfangs Erbrechen in der Schwangerschaft.

Pat. ist von mittlerer Größe, kräftig und gut ernährt. Varicen an beiden Beinen. Das Kind lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 27, Cr. J. 30, Tr. 31; conj. ext. 19, diag. 10,5—11.

Der äußere Muttermund ist für 2 Finger durchgängig. Die Blase ist gesprungen. Es liegt der Kopf vor, er steht frei beweglich im Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 10. VI. 4⁰ a. m. Blasensprung.

11. VI. 5⁰ p. m. Die Pat. gibt an, fast gar keine Wehen verspürt zu haben.

Operation: 12. VI. 11⁰ a. m. Modifikation nach Bumm. Die Umschlagfalte des Peritoneums läßt sich leicht nach oben dislozieren. Es entsteht keinerlei Blutung beim Längsschnitt durch die dünne Uteruswand. Forceps. Manuelle Lösung der

Placenta. Uterustamponade. Das Peritoneum ist an einer kleinen Stelle eingerissen und wird sofort durch Naht geschlossen. Eine Nachblutung durch die Scheide wird durch Massage des Uterus gestillt.

Das Kind ist weiblichen Geschlechts, reif, lebt, ist groß und kräftig. Länge 52 cm. Gewicht 4200 g.

Wochenbett: Die anfangs normale Temperatur steigt nur am 18. VI. auf 38,5° und fällt wieder allmählich ab. Urin und Stuhl sind geordnet, die Wunde eitert etwas und schließt sich allmählich.

30. VI. wird die Pat. geheilt entlassen.

45. Fall.

J. J., 34 Jahre alt, II-Para. — Jahrgang 1911, Nr. 944.

Indikation: Rhachitisch plattes Becken III. Grades.

Geburtsdauer: 19 Stunden.

Operation: 7. VI. 1911.

Ergebnis: 28. VI. Mutter und Kind gesund entlassen.

Pat. hat Masern, Scharlach, Rhachitis durchgemacht und erst mit 4 Jahren laufen gelernt. Die Regel begann mit 13 Jahren, war aber unregelmäßig, ziemlich stark und dauerte meist 8 Tage.

Geburt: 1908 Perforation und manuelle Placentarlösung.

Die letzte Regel war Anfang September 1910.

Pat. ist klein, 1,46 m, und genügend ernährt. Es sind leichte Varicen und Ödeme an beiden unteren Extremitäten vorhanden.

Das Kind befindet sich in II. Querlage, lebt und ist sehr groß.

Beckenmaße: Sp. J. 26, Cr. J. 28, Tr. 31; Conj. ext. 17, diag. 8,5, vera direkt gemessen 6,5.

Die Portio ist für 1 Finger durchgängig. Die Blase steht. Der Kopf ist nach der rechten Darmbeinschaufel abgewichen. II. Querlage.

Geburtsverlauf: 16. VI. Wehenbeginn.

17. VI. 1^{50} a. m. Blasensprung. Die Wehen sind anfangs mäßig, werden aber im Laufe der Nacht allmählich stärker und regelmäßig. Pat. erhält Morph. 0,01. Der Muttermund ist dreimarkstückgroß. Nach dem Blasensprung hören die Wehen ganz auf und setzen erst am Morgen des 17. VI. wieder mäßig ein. Pat. wünscht dringend ein lebendes Kind.

17. VI. 11^{30} a. m. Operation. Modifikation nach Bumm. Beim Aufwärtsschieben der Peritonealfalte reißt diese auf 4 cm ein und wird sofort geschlossen. Extraktion des Kindes am Fuß. Expression der Placenta. Uterustamponade, Drainage.

Das Kind, ein Knabe, ist sehr groß und lebt. Länge 55 cm. Gewicht 4000 g.

Wochenbett: Die bakteriologische Untersuchung der Kaiserschnittwunde ergibt völlige Sterilität. Die Temperaturen bewegen sich zwischen 37—38°. Die Pat. befindet sich wohl.

28. VI. wird sie geheilt entlassen.

46. Fall.

A. B., 18 Jahre alt, I-Para, Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 1083.

Geburtsdaner: 28 Stunden.

Indikation: Enges Becken II. Grades.

Operation: 11. VII. 11^0 a. m.

Ergebnis: 29. VII. Mutter und Kind geheilt entlassen.

Pat. hat erst mit 3 Jahren laufen gelernt, mit 14 Jahren trat die Regel ein, sie war unregelmäßig, nicht stark und dauerte 2—3 Tage. Die letzte Periode war anfangs Oktober 1910. Die Pat. hatte zu Beginn der Schwangerschaft unter Erbrechen zu leiden. Die Pat. ist groß und ziemlich kräftig. Varicen an den Unterschenkeln. Pat. befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. HHL., lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 23, Cr. J. 24, Tr. 29, Conj. ext. 17, diag. 9,5—10, vera 8 cm.

Die Portio ist verstrichen, der Muttermund gut handtellergroß erweitert, die Fruchtblase steht, stark vorgewölbt, der Kopf steht auf dem Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 10. VII. 7^0 a. m. Wehenbeginn.

10. VII. 3^0 p. m. Die Wehen sind mäßig. Der Kopf steht noch über dem Becken.

Operation: 11. VII. 11^0 a. m. Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse, Beiseitedrängen der Blase, das Peritoneum ist deutlich sichtbar und läßt sich leicht nach oben verschieben. 10 cm langer Schnitt in den dünnwandigen Uterus. Die Fruchtblase wird von der Scheide aus gesprengt. Forceps. Schluß der Uteruswunde. Nähte. Das Kind, ein Knabe, ist reif und lebend, Länge 50 cm, Gewicht 3200 g.

Wochenbett: In den ersten Tagen leichte Temperatur am 12. Tage bis 39^0. Die Wunde heilt per primam intentionem.

29. VII. Entlassung.

47. Fall.

L. G., 22 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 1141.

Geburtsdauer: 6 Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken II.—III. Grades.

Operation: 20. VII. 11, 11^{15} a. m.

Ergebnis: 8. VIII. 11 Mutter und Kind entlassen.

Pat. hat Rhachitis durchgemacht und erst mit 3 Jahren laufen gelernt. Masern, Scharlach. Die Regel begann mit 13 Jahren, war stark, hier und da unregelmäßig, von 5—6 tägiger Dauer. Letzte Periode war am 17. Oktober 10, von etwas kürzerer Dauer wie sonst.

Die Pat. ist klein und schwächlich, in gutem Ernährungszustande. Sie befindet sich im 10. Monat der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. HHL., lebt und ist klein.

Beckenmaße: Sp. J. 21, Cr. J. 22, Tr. 27; Conj. ext. 17, diag. 8,5.

Die Portio ist erhalten, Muttermund für einen Finger durchgängig, die Blase ist gesprungen, der vorliegende Kopf steht beweglich auf dem Beckeneingang.

Geburtsverlauf: 20. VII. 5^0 a. m. Wehenbeginn.

20. VII. 2^0 a. m. Blasensprung.

20. VII. 8^0 a. m. kommt Pat. mit der Angabe, daß nachts die Blase gesprungen sei, danach erst hätten schwache Wehen eingesetzt.

20. VII. 11^0 a. m. Operation. Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Blase und Peritoneum lassen sich leicht vom Uterus dislozieren. Schnitt in den Uterus in der Medianlinie. Forceps. Placenta manuell gelöst. Uterustamponade. Keine Blutung. Nähte.

Das Kind, ein Knabe, ist nicht ganz reif und lebt. Länge 46 cm, Gewicht 2550 g.

Wochenbett: Das Wochenbett verläuft vollkommen fieberfrei, die Wunde heilt per primam intentionem.

8. VIII. Entlassung.

48. Fall.

M. M., 32 Jahre alt, IV-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 1439.

Geburtsdauer: Über 3 Tage.

Operation: 28. IX. 11, 11^{30} a. m. Klassischer Kaiserschnitt.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Ergebnis: 14. X. 11 verläßt Pat. gegen den ärztlichen Rat die Klinik.

Pat. ist vom 17. Jahre ab unregelmäßig stark menstruiert.

Partus: 1. Querlage. Wendung und Extraktion. Kind † ½ Stunde nach der Geburt. — 2. Sectio caesarea. — 3. Abort.

Die letzte Regel war am 13. Dezember 1910.

Beckenmaße: Sp. J. 20,5, Cr. J. 24,5, Tr. 29; Conj. ext. 16, diag. 10,5, vera 8,5 cm.

Geburtsverlauf: 28. IX. Die Pat. kommt in die Klinik mit der Angabe, daß bereits vor 3 Tagen die Blase gesprungen war.

28. IX. 11^{30} a. m. Operation. Längsschnitt in der Medianlinie. Da infolge des früheren Kaiserschnittes die plica vesicouterina ziemlich stark nach unten disloziert ist, wird der klassische Kaiserschnitt ausgeführt. Annähung des Peritoneums an das obere Ende der Schnittwunde und extraperitoneale Lagerung des Uterusschnittes. Extraktion am Fuß, zweifache Etagennaht des Uterusschnittes. Schluß der Wunde.

Das Kind, ein Mädchen, ist unreif und lebt. Länge 46 cm, Gewicht 2650 g.

Wochenbett: Die Pat. hat eine leichte Bronchitis. Das Wochenbett verläuft vollkommen afebril.

14. X. Pat. verläßt gegen den ärztlichen Rat die Klinik.

49. Fall.

V. B., 26 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 1486.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Operation: 6. X. 11.

Ergebnis: 24. X. 11 Mutter und Kind geheilt entlassen.

Pat. ist vom 16. Jahre ab regelmäßig mittelstark menstruiert. Die letzte Regel war am 15. Dezember 10 wie sonst. Als Konzeptionszeit gibt sie Anfang Januar an. Die ersten Kindsbewegungen anfangs August. Pat. ist klein, von kräftiger Muskulatur und in gutem Ernährungszustande. Varicen und Ödeme an beiden Beinen. Sie befindet sich im 10. Monat der Schwangerschaft. Das Kind liegt in II. HHL., lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 21, Cr. J. 23, Tr. 28; Conj. ext. 17, diag. 10,5.

Die Portio ist erhalten, der Muttermund geschlossen. Die Blase steht. Der vorliegende Kopf steht über dem Beckeneingang; er ist in der Mitte des rechten Ligamentum Pouparti fühlbar. II. Schieflage.

6. X. Operation: Schnitt in der Medianlinie. Die Umschlagseite des Peritoneum reicht sehr weit nach unten, wird jedoch ohne Verletzung hinaufgeschoben. Die Schnittwunde in den Uterus blutet fast gar nicht. Forceps. Expression der Placenta. Nähte. Das Mädchen schreit sofort, ist reif. Länge 48 cm, Gewicht 3100 g.

Wochenbett: Das Wochenbett verläuft vollkommen fieberfrei und ohne jede Störung. Die Wunde heilt per primam intentionem.

24. X. Mutter und Kind gesund entlassen.

50. Fall.

J. T., 30 Jahre alt, III-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 1491.

Indikation: Verengtes Becken II. Grades.

Operation: 8. X. 11, 10^0 a. m.

Ergebnis: 21. X. Mutter geheilt entlassen, Kind †.

Die Pat. hat Masern durchgemacht. Die Periode trat mit 17 Jahren ein, war 3—4 Tage dauernd, stark und regelmäßig.

Partus: 1. Totgeburt. — 2. Wendung und Perforation.

Letzte Regel war am 25. Dezember 10, stärker als sonst. Erste Kindsbewegungen verspürte die Pat. anfangs April, Erbrechen und Durchfälle zu Beginn der Schwangerschaft.

Pat. ist von mittlerer Größe, in genügendem Ernährungszustande, mittelkräftig. Sie befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in II. Schädellage, lebt und ist groß.

Beckenmaße: Sp. J. 23, Cr. J. 26, Tr. 29; Conj. ext. 18,5, diag. 10.

8. X. 10^0 a. m. Operation: Inzision in der Medianlinie. Es gelingt relativ leicht, die Plica vesico-uterina zu finden und hinaufzuschieben. Schnitt durch die vordere Uteruswand. Wendung und Extraktion des Kindes. Infolge der außergewöhnlichen Größe des Kindes reißt der Uterusschnitt weiter, und das Peritoneum wird breit eröffnet. Sorgfältige Vernähung des Peritoneums. Expression der Placenta. Uterustamponade nach der Scheide zu. Nähte.

Das Kind ist männlichen Geschlechts, reif und lebend, stirbt aber am 2. Tage nach der Geburt. Länge 54 cm, Gewicht 4100 g.

Wochenbett: Das Wochenbett verläuft vollkommen afebril. Die Wunde heilt per primam intentionem.

Die Pat. steht am 7. Tage auf.

21. X. wird sie entlassen.

51. Fall.

M. N., 22 Jahre alt, I-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 1492.

Geburtsdauer: 24 Stunden.

Indikation: Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Operation: 8. X. 11, 11^0 a. m.

Ergebnis: 25. X. Mutter und Kind entlassen.

Masern, Scharlach, Diphtherie, Pneumonie. Die Regel trat mit 15 Jahren ein, war immer stark und regelmäßig. Die letzte Periode war am 22. Januar 1911 wie sonst. Zu Beginn der Schwangerschaft hatte Pat. unter Erbrechen zu leiden.

Gravida ist mittelgroß, von mäßiger Muskulatur, in gutem Ernährungszustande. Sie befindet sich im 10. Monat der Schwangerschaft. Das Kind liegt in II. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Beckenmaße: Sp. J. 25,5, Cr. J. 26, Tr. 29; Conj. ext. 16, diag. 11.

Die Portio ist verstrichen, der Muttermund fünfmarkstückgroß, die Blase steht, der Kopf steht über dem Becken.

Geburtsverlauf: 7. X. 11^0 a. m. Wehenbeginn.

7. X. 6^0 p. m. Pat. hat mäßige Wehen.

Operation: 8. X. 11^0 a. m. Schnitt in der Medianlinie. Bei dem Versuch, die Plica vesico-uterina rechts aufzufinden, reißt das Peritoneum etwas ein. Da die Plica hier sehr tief liegt, wird sie auf der andern Seite gesucht, nachdem der Einriß in das Peritoneum sofort geschlossen wurde. Auf der linken Seite läßt sich das Peritoneum leicht nach oben verschieben. Medianschnitt in den Uterus. Forceps. Expression der Placenta. Nähte.

Das Kind ist nicht ganz reif und lebt. Länge 48 cm, Gewicht 2500 g.

Wochenbett: Das Wochenbett verläuft ohne Beschwerden, die Pat ist dauernd afebril. Sie kann am 25. X. entlassen werden.

52. Fall.

(Siehe Nr. 26.)

A. St., 26 Jahre alt, II-Para. — Jahrgang 1911, Klin. Abt. Nr. 1539.

Geburtsdauer: 3 Tage.

Indikation: Allgemein verengtes Becken II. Grades.

Operation: 20. X. 11 7^0 p. m.

Ergebnis: Pat. geheilt entlassen, Kind lebt.

Die letzte Regel war Ende Dezember 1910, die Pat. befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß.

Die Beckenmaße sind Sp. J. 25, Cr. J. 25, Tr. 29,5; Conj. diag. 9,5, vera 7,5.

Der Muttermund ist einmarkstückgroß erweitert, das Becken ist leer, der Kopf steht beweglich über dem Becken.

Geburtsverlauf: 17. X. Wehenbeginn. Bei der Pat. wurde vor 2 Jahren der extraperitoneale Kaiserschnitt nach Doederlein mit Schnittführung parallel zum Poupartschen Bande vorgenommen.

20. X. 7^0 p. m. Operation. Schnitt in der Medianlinie. Die Plica vesico-uterina findet sich sehr deutlich ausgeprägt und wird mit Leichtigkeit über das stark ausgezogene Uterinsegment hinaufgezogen. Inzision in den Uterus ohne jegliche Blutung. Forceps. Schweres Kind. Expression der Placenta. Uterustamponade. Fascien- und Hautnähte.

Das Kind, ein Knabe, ist reif und lebend, Länge 52 cm, Gewicht 4400 Gramm.

Wochenbett: Pat. hat dauernd Fieber bis 39^0, an einigen Tagen steigt die Temp. sogar bis $40{,}5^0$. Beträchtliche Wundeiterung. Beide Mammae sind infiziert. Mastitis, beiderseitige wiederholte Eröffnung durch Radiärschnitte. Pat. geht langsam der Heilung entgegen.

Indikationen.

Was die Indikationen zu den Operationen betrifft, so war in keinem Falle die absolute Indikation zum Kaiserschnitt gegeben.

Die Operation wurde stets aus relativer Indikation ausgeführt, wo sie in Konkurrenz mit anderen Operationen getreten ist. Unter unseren 52 Fällen war der Grund zum Eingriff 49 mal das enge Becken. Unter diesen befinden sich 30 Erstgebärende. (Fälle 1, 2, 5, bis 9, 13 bis 15, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 28 bis 31, 34,

36, 37, 39, 41, 43, 46, 47, 49, 51.). Hier wäre als Konkurrenzoperation nur die Craniotomie in Betracht gekommen, eine Operation, die im Privathause nur die gegebene ist, weil hier durch die Ungunst der äußeren Verhältnisse das Gelingen eines so großen Eingriffs stets in Frage gestellt ist; anders in der Klinik, wo Asepsis und geeignete Assistenz die Gefahren des Eingriffs so herabmindern, daß man wohl der Mutter für den Preis, ein lebendes Kind zu erhalten, den extraperitonealen Kaiserschnitt hat zumuten dürfen.

Während bei Erstgebärenden die Hebosteotomie der rigiden Weichteile wegen, die zu größeren Zerreißungen und so zur Kommunikation mit der Hebosteotomiewunde führen, auch gleichzeitig bei Ausführung der Operation Verletzungen der Harnorgane eintreten können, kontraindiziert ist, trat in den 19 Fällen (Fälle 3, 10, 12, 16, 17, 18, 23, 24, 27, 32, 33, 38, 40, 42, 44, 45, 48, 50, 52), bei denen die Operation bei Mehrgebärenden ausgeführt wurde, auch noch die Hebosteotomie als Konkurrenzoperation auf, zumal die Conjugata vera nie kleiner als 7 cm war (nur im Falle 45 betrug sie 6,5 cm).

Es ist hervorzuheben, daß es sich in den Fällen 22 und 27 um Trichterbecken gehandelt hat, die Conjugata vera betrug in beiden Fällen 8 bis 8,5 cm.

Im Falle 23 war eine Coxitis dextra die Veranlassung zu einer Asymmetrie des Beckens.

Im Falle 38 gab hochgradige Wehenschwäche neben dem engen Becken die Indikation zum Eingriff, im Falle 36 eine inkarzerierte Querlage infolge eines verengten Beckens.

Im Falle 20 handelte es sich um eine Sepsis bei einem rhachitisch platten Becken zweiten Grades. Doederlein hat hier einen Versuch der Indikationsstellung gemacht, den er nicht wiederholen werde. (Monatsschrift

f. Geburtsh. und. Gynäk., Bd. 33, H. 1 u. s. Kap. „Mortalität der Mütter").

In den übrigen drei Fällen war die Indikation zum extraperitonealen Kaiserschnitt:

Im Falle 35 eine hochgradige Stenose des weichen Geburtskanales und in den Fällen 4 und 11 eine Eklampsie, wo man durch die sofortige Entleerung des Uterus die Mutter zu retten versuchte.

Über die Ausführung der Operationen.

Die Operation wurde in 49 Fällen völlig extraperitoneal ausgeführt. Es gelang stets, die Plica vesico-uterina aufzufinden und von der Cervix nach oben zu dislozieren. Bei seiner Loslösung riß das Peritoneum in 16 Fällen ein. Der Riß wurde aber stets sofort vernäht und war für die Fortführung der Operation ohne Bedeutung. Nur im Falle 16, wo das Peritoneum auf 4 cm eröffnet wurde. besteht die Möglichkeit, daß das ausfließende Fruchtwasser eine Infektion des Bauchfells verursachte.

In drei Fällen war man gezwungen, von der Ausführung des extraperitonealen Kaiserschnittes abzuweichen (Fälle 17, 38, 43).

Im Falle 43 mußte das transperitoneale Verfahren vorgenommen werden. Hier setzten sich der Operation außerordentliche Schwierigkeiten infolge des tiefen Sitzes der Plica vesico-uterina entgegen, so daß der transperitoneale Kaiserschnitt hier den Vorzug verdiente.

Im Falle 17 mußte an Stelle des extraperitonealen Kaiserschnitts die klassische Methode der Sectio caesarea vorgenommen werden. Es entstand bei der Durchtrennung der Muskulatur und beim Beiseitedrängen der Blase eine kolossale profuse Blutung, die jedem

weiteren Eindringen Einhalt gebot und auch der Auffindung des Peritoneums unüberwindliche Schwierigkeiten entgegengesetzt hätte.

Im Falle 38 waren starke Varicen an den Beinen und an den äußeren Genitalien vorhanden. Bei der Eröffnung des Abdomens zeigten sich auch ganz besonders stark entwickelte Venenplexus bei der Durchtrennung der Muskulatur und ebensolche in der Uteruswand. Unter diesen Umständen stand man von der Loslösung des Peritoneums und von dem extraperitonealen Operieren ab, vernähte das parietale und viscerale Blatt des Peritoneums und führte so den zervikalen transperitonealen Kaiserschnitt aus. Da noch bei der Eröffnung des Uterus eine sehr starke Blutung entstand, so mußte mit Rücksicht auf die Herzschwäche der Mutter die Totalexstirpation des Uterus angeschlossen werden.

Die Tamponade des Uterus wurde in etwa 30 Fällen vorgenommen, teils weil schon Blutungen vorhanden waren, teils die Gefahr einer Nachblutung drohte.

Die Bauchwunde wurde in 31 Fällen durch einen Jodoformdocht, der am unteren Wundwinkel herausgeleitet wurde, drainiert.

Drainage.

Was die Drainage der Bauchwunde betrifft, so wurde in den ersten Fällen (1—9) nach der Erfahrung, die man beim klassischen Kaiserschnitt gemacht hatte, die Bauchwunde vollkommen geschlossen. Dabei zeigte sich, daß in den meisten Fällen (1, 5, 6, 8, 9) die Wunden eiterten und die Wundheilung dadurch kompliziert wurde.

Im Falle 8 war die Anlegung einer Sekundärnaht erforderlich.

Im Falle 6 entstand nach der Operation eine Vereiterung des Bindegewebes um den rechten Ureter herum, die ein dreimonatliches Krankenlager zur Folge hatte. Erst die Ausführung der Nephrectomia dextra brachte der Pat. Heilung.

Diese Beobachtung bei unseren ersten Fällen und die Mitteilung aus anderen Kliniken, wie die Hofmeiers, Latzkos, Runges u. a., veranlaßten uns in den folgenden Fällen (10—40), die Bauchwunde nun meist zu drainieren. Die Erfolge besserten sich bei weitem. Unter den 30 Fällen heilten 16 reaktionslos (Fälle 11, 13 bis 15, 18, 19, 21, 27, 29, 30, 32, 33, 37—40), bei den übrigen Fällen, zu denen auch die drei letalen gehören, gab die Bauchwunde niemals zu größeren Komplikationen Anlaß.

Da die Drainage stets die Heilung einer Wunde aufhält, und wir auch bei unseren reaktionslos verlaufenden Fällen dieselbe Beobachtung machten, also die Drainage sich hier als überflüssig zeigte und nur die Wundheilung in die Länge zog, ist man jetzt dazu übergegangen, nur die infektionsverdächtigen Fälle zu drainieren (Fälle 40—52). Außer den Fällen 44 und 52 heilten alle reaktionslos.

Mortalität der Mütter.

Das Ergebnis der 52 extraperitonealen Kaiserschnitte war, daß von den Müttern 49 geheilt entlassen werden konnten. Es starben drei Frauen, und zwar handelt es sich um die Fälle 11, 16 und 20.

Im Falle 11 handelt es sich um eine sehr schwere Eklampsie. Die Frau wurde in komatösem Zustande bereits in die Klinik eingeliefert und hatte bis zur Ausführung der Operation 7 eklamptische Anfälle gehabt.

Die Operation wurde wegen der dringenden Lebensgefahr für die Mutter ausgeführt. Die Frau erlag ihrer Eklampsie 12 Stunden nach der Operation, während noch 19 Anfälle aufgetreten waren. Für sie kann aber nicht der extraperitoneale Kaiserschnitt verantwortlich gemacht werden, zumal der Sektionsbefund ergab, daß nicht Peritonitis oder eine Bauchdeckenphlegmone die Todesursache bildete.

Im Falle 16 war es nicht gelungen, das Peritoneum unversehrt nach oben abzudrängen. Es riß auf 4 cm ein. Es ist möglich, hierin den Grund für die am zweiten Tage einsetzenden Erscheinungen der Darmlähmung zu finden. Die Frau starb an paralytischem Ileus, während noch die Vorbereitungen zur Anlegung eines Anus präternaturalis getroffen wurden.

Den Fall 20 berichtet Doederlein in der Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 33, H. 1.

„Es handelte sich um eine 30jährige Erstgebärende aus einem Landstädtchen, die 4 Tage lang gekreißt hatte, wobei von mehreren Ärzten verschiedene Entbindungsversuche vorgenommen worden waren. Nach diesen wurde sie mit einer Temperatur von 38,8, jauchigem, stinkendem Uterusinhalt 34 Stunden nach dem Blasensprunge eingeliefert. Sie hatte ein rhachitisch-plattes Becken zweiten Grades mit einer Conjugata vera von 7 cm und einem mittelgroßen Kinde, das zur Zeit des Eintritts in die Klinik noch lebte. Da ich in mehreren vorhergehenden Fällen auch bei Fieber einen günstigen Ausgang mit Hilfe des extraperitonealen Kaiserschnittes erlebt hatte, riskierte ich auch hier trotz der manifesten und sogar fortschreitenden Infektion den Versuch, das lebende Kind zu retten. Es war aber verfehlt. Das Kind kam asphyktisch zur Welt und konnte nicht wieder belebt werden, da seine Lungen voll von aspirierten jauchigen Massen waren,

die ihre Funktion unmöglich machten. Die Mutter ging am achten Tage nach der Operation an schwerer Sepsis und vollkommener Verjauchung des Beckenzellgewebes mit Gangrän der Urinblase zugrunde. Der Zustand des septischen Uterus war ein solcher, daß man den Eindruck gewann, daß die Frau auch der Sepsis erlegen wäre, wenn man etwa durch Perforation oder Cranioklasie entbunden hätte. Nichtsdestoweniger ziehe ich die Konsequenz aus dem Falle, bei manifester Infektion keinen konservativen Kaiserschnitt mehr zu machen, wenn er überhaupt umgangen werden kann."

Somit ist wohl nur im Falle 16 der Tod der Pat. der Operation zur Last zu legen. Wir haben somit eine absolute Mortalität der Mütter von 5,8% und eine relative von 1,9%.

Mortalität der Kinder.

Von den Kindern konnten 44 gesund entlassen werden. 8 Kinder wurden teils tot geboren, teils starben sie kurz nach der Geburt.

Tot geboren wurden die Kinder in den Fällen 20, 26, 27, 36.

Im Falle 20 handelt es sich um den bereits erwähnten Fall von Sepsis, bei dem das Kind durch die Aspiration des jauchigen Uterusinhalts asphyktisch zur Welt kam und nicht mehr zum Leben erweckt werden konnte.

Im Falle 26 wurde die Operation ausgeführt, während die kindlichen Herztöne schon unregelmäßig waren und Mekonium abging. Das Kind hatte durch die Mekoniumaspiration sehr gelitten und war nicht wieder zu erwecken.

Im Falle 27 kam das Kind schwer asphyktisch zur Welt. Die Operation war hier durch Schwierigkeiten von seiten der um Nabel und Steiß geschlungenen Nabelschnur sehr verlängert worden. Das Kind war nicht wieder zu beleben.

Im Falle 36 lag das Kind in inkarzerierter Querlage. Draußen waren bereits zwei Wendungsversuche gemacht worden. Das Kind lebte noch vor Ausführung der Operation, kam aber tot zur Welt.

In den Fällen 4, 35, 43 und 50 starben die Kinder kurz nach ihrer Geburt.

Im Falle 4 handelte es sich um eine Eklampsie, die Schwangerschaft bestand im achten Monat. Das Kind starb 2 Stunden nach der Operation an Lebensschwäche.

Im Falle 35 kam das nicht ganz ausgetragene Kind asphyktisch zur Welt, wurde zwar wiederbelebt, starb aber bis zum Abend.

Ebenso war es im Falle 43, wo das Kind durch vorausgegangene Zangenversuche sehr gelitten hatte.

Im Falle 50 trat der Tod noch zwei Tage nach der Geburt ein.

Die Mortalität der Kinder beträgt 15,4 %.

Wochenbetten.

Was die Wochenbetten betrifft, so verliefen sie in 17 Fällen ohne jede Temperatursteigerung und ohne Störung von seiten der Bauchwunde (Fälle 3, 7, 14, 18, 19, 21, 27, 30, 37, 39, 40, 43, 47, 48, 49, 50, 51).

In weiteren 11 Fällen traten leichte Temperaturschwankungen auf, die wohl nur durch die normale Wundheilung verursacht wurden; die Rekonvaleszenz

hatte auch hier sonst einen glatten Verlauf. (Fälle 2, 15, 29, 32, 33, 36, 38, 41, 42, 45, 46.)

Wundeiterung, verbunden mit Temperatursteigerung, trat in 15 Fällen auf. Bei keiner dieser Pat. gab jedoch dieser Verlauf zu ernsteren Komplikationen Anlaß. (Fälle 1, 5, 9, 10, 12, 17, 22—26, 28, 34, 35, 44.)

Im Falle 4 stellte sich bei fast normalem Wundverlauf eine Psychose ein, die die Verlegung der Pat. in die Psychiatrische Klinik veranlaßte.

Im Falle 6 entstand im Wochenbett eine Vereiterung des Bindegewebes um den rechten Ureter herum, eine Ureterenfistel war die Folge, und es entleerte sich aus der stark sezernierenden Wunde Eiter und Urin. Da nach dreimonatlichem Krankenlager eine Besserung im Befinden der Pat. nicht eintrat, hielt man die Exstirpation der rechten Niere für indiziert; erst jetzt ging die Pat. langsam der Besserung entgegen.

Im Falle 8 sezernierte die Wunde so stark, daß sie dadurch zum Klaffen gebracht wurde, und neue Nähte angelegt werden mußten.

Im Falle 13, wo die Wunde reaktionslos verheilte, mußte die Pat. wegen einer sehr heftigen Angina ins Krankenhaus l. d. I. verlegt werden.

Die Fälle 11, 16 und 20 sind bereits oben im Abschnitt „Mortalität der Mütter“ erwähnt worden.

Im Falle 31 war durch mehrere außerhalb der Klinik ausgeführte vergebliche Wendungsversuche eine Blasenvaginalfistel entstanden, die mit der Ausführung der Operation in keinem Zusammenhang stand. Die Fistel schloß sich spontan, und es konnte von einem weiteren Eingriff abgesehen werden.

Im Falle 52 zog eine beiderseitige Mastitis das Krankenlager in die Länge, die Abzsesse an den Brüsten mußten mehrere Male gespalten werden. Die Pat. ging nur langsam ihrer Besserung entgegen.

Die bisherigen günstigen Erfahrungen mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt haben es veranlaßt, daß an der Münchener Frauenklinik diese Operation prinzipiell anstelle des klassischen Kaiserschnittes ausgeführt wird.

Nachtrag.

Mit der gütigen Erlaubnis von Herrn Geheimrat Doederlein kann ich nach Fertigstellung der Arbeit noch elf Kaiserschnitte nachtragen.

1. B. R., 23 Jahre alt, I-Para. Ende der Schwangerschaft, erste Schädellage, Kind lebt, mittelgroß, enges Becken I. Grades, Conj. vera 8,5.

Da nach 20 stündigem Kreißen und schwachen Wehen der Kopf nicht ins Becken eintritt, wird der extraperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt. Medianschnitt, Wegdrängen der Blase nach links, das Peritoneum läßt sich leicht nach oben verschieben. Forceps. Expression der Placenta. Naht der Uteruswunde und der Bauchdecken. — Kind lebt, ist reif, 48 cm lang, 2600 g schwer, Wochenbett vollkommen ungestört.

2. H. K., 30 Jahre alt, I-Para. Im zehnten Monat der Schwangerschaft. II. Schädellage, Kind lebt, mittelgroß. Allgemein verengtes plattes Becken I. Grades.

Der Kopf tritt trotz frühzeitigen Blasensprungs nicht ins Becken ein. Längsschnitt in der Medianlinie, das Peritoneum reißt fünfmarkstückgroß ein, wird sofort vernäht. Forceps. Manuelle Lösung der Placenta, Uterustamponade, Glasdrain, geringe Blutung während der Operation. Kind reif und lebt. 50 cm lang, 3300 g schwer. Wochenbett ungestört.

3. S. Sch., II-Para. Allgemein verengtes Becken I. Grades und Placenta praevia. Schwangerschaft besteht im achten Monat, Kind liegt in I. Hinterhauptslage, ist mittelgroß.

Operation wie oben angegeben, ohne Störung. Kind reif und lebt, 49 cm lang, 2700 g schwer. Ungestörtes Wochenbett.

4. F. D. 25 Jahre alt, I-Para. Schwangerschaft am Ende des zehnten Monats. Das Kind liegt in Schädellage, lebt und ist mittelgroß. Allgemein verengtes Becken III. Grades. Vera 6 cm. Die Patientin hat lange draußen gekreißt und war von der Hebamme draußen untersucht worden.

Operation: Längsschnitt in der Medianlinie. Das Peritoneum läßt sich ohne Schwierigkeit nach oben verschieben, das untere Uterinsegment ist papierdünn ausgezogen und wird ohne Blutung durchtrennt. Forceps. Jodoformgazetamponade.

Vernähung der Uteruswunde in mehreren Etagen Vernähung der Muskulatur und der Fascie. Dabei wird das Blasenperitoneum und das ganze Beckenbindegewebe möglichst heraufgezogen, so daß nur ganz geringe Bindegewebshohlräume übrig bleiben. Drainage nach außen. Wochenbett: Am 3. Tage schwere Psychose, die sich am 4. Tage wieder bessert. Gelegentlich einer Untersuchung am 3. Tage findet sich in der Scheide ein etwa ½ m langes Stück Jodoformgaze, das wohl bei der Entfernung der Tamponade zurückgeblieben ist. Der Zustand der Patientin verschlimmert sich allmählich, sie bietet katatonische Stigmen dar, Katalepsie, Negativismus und manieriertes Wesen, relativ geringe Bewußtseinstörung. Die Patientin erliegt der Sepsis, die wohl als auslösendes Moment für die Psychose anzusehen und vielleicht infolge der Untersuchung durch die Hebamme außerhalb der Klinik herbeigeführt ist, am 14. Tage.

Das Kind lebt, reif, 49 cm lang, 3000 g schwer.

5. Sch. B., 38 Jahre alt, I-Para. Ende der Schwangerschaft. Kind lebt, sehr großer Kopf, I. Schädellage. Conj. vera 10 cm.

Da die Geburt wegen des Mißverhältnisses zwischen Kopf und Becken nicht fortschreitet, wird der extraperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt. Operation ohne Störung. Kind lebt groß, 54 cm lang, 4400 g schwer. Im Wochenbett geringe Wundeiterung, Pat. am 28. Tage geheilt entlassen.

6. W. W., 20 Jahre alt, I-Para. Eklampsie.

Pat. hat bei Einlieferung schon 8 Anfälle gehabt, sie ist bewußtlos. Längsschnitt in der Medianlinie; das Peritoneum reißt auf 4 cm ein, wird sofort geschlossen. Manuelle Lösung der Placenta, wobei es stark blutet. Uterustamponade. Kind lebt. 4000 g schwer, 53 cm lang. Die Anfälle der Pat. häufen sich auch nach der Operation, so daß sie am 4. Tage stirbt.

7. R. K., 33 Jahre alt, I-Para. Ende des zehnten Monats, II. Hinterhauptslage, das Kind lebt, ist mittelgroß.

Indikation: Infantiles allgemein verengtes Becken II. Grades. Operation ohne Störung. Das Kind ist unreif, 47 cm lang, 2600 g schwer. Wochenbett: Die Bauchwunde muß ein zweitesmal geschlossen werden. Kein Fieber, ohne Störung.

8. M. B., 30 Jahre alt, V-Para. Frühere Geburten: 1. Kind normal. 2. Gesichtslage, Fieber im Wochenbett. 3. Siebenter Monat Spontangeburt, Kind stirbt an Lebensschwäche. 4. Normale Geburt, Kind † alsbald danach.

Die Pat. ist außerhalb der Klinik untersucht. Portio-Karzinom und Schwangerschaft im Ende des 9. Monats. Mit Rücksicht auf das weitverbreitete Karzinom wird, trotzdem das Kind klein ist, von einer Entbindung auf vaginalem Wege Abstand genommen und der extraperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt. Das Peritoneum läßt sich leicht nach oben verschieben. Wendung und Extraktion des Kindes, Uterustamponade, Drainage nach außen. Bei der Operation ergibt sich die Inoperabilität des Karzinoms. Das Kind ist unreif, lebt, 44 cm lang, 1750 g schwer, stirbt am folgenden Tage an Lebens-

schwäche. Die Pat. steht am 6. Tage auf und verläßt am 10. die Klinik gegen den ärztlichen Rat.

9. A. N., 31 Jahre alt, I-Para. Ende der Schwangerschaft. Kind lebt. Kopflage. Herztöne des Kindes dauernd 180. Allgemein verengtes Becken III. Grades. Vera 6 ½ cm.

Außerhalb der Klinik wurde ein Wendungsversuch gemacht. Nach Untersuchung in der Klinik spritzt in der Nähe der Clitoris ein Gefäß, das umstochen werden muß. Kaiserschnitt, Peritoneum reißt auf 8 cm ein, wird sofort geschlossen. Extraktion des mit Mekonium bedeckten asphyktischen Kindes mittels Forceps, manuelle Lösung der Placenta, Uterustamponade. Schluß der Bauchwunde. Kind reif und lebt. 50 cm lang, 2900 g schwer, Wochenbett o. B. Wunde heilt per primam intentionem.

10. E. B., 23 Jahre alt, I-Para. Schwangerschaft am Ende des 10. Monats. I. Schädellage, Kind lebt, mittelgroß. Allgemein verengtes Becken I. Grades.

Wegen der langen Geburtsdauer (38 ½ Stunde) extraperitonealer Kaiserschnitt, Forceps. Uterustamponade. Kind reif, lebt, 51 cm lang, 3000 g schwer. Wochenbett: Die Wunde eitert stark, Fieber. Nach 4 Wochen wird die Pat. geheilt entlassen.

11. H. A., 22 Jahre alt, I-Para. Ende der Schwangerschaft, I. Schädellage. Kind lebt. Allgemein verengtes Becken I. Grades bei großem Kopf des Kindes.

Die kindlichen Herztöne sind dauernd über 160. Der Kopf tritt trotz starker Wehen nicht ins Becken ein. Operation: Es reißt das Peritoneum auf 5 cm ein, wird sofort geschlossen, Placenta manuell gelöst, geringe Blutung, Uterustamponade, Drainage, Bauchnähte. Kind reif und lebt. 51 cm lang, 3250 g schwer. Verlauf des Wochenbettes ungestört, die Bauchwunde heilt per primam intentionem.

Die Indikation in diesen 11 Fällen war bis auf die Fälle 6 und 8 das enge Becken, im Falle 3 war das enge Becken mit einer Placenta praevia verknüpft. In den Fällen 1, 2, 10 und 11 handelt es sich um eine Beckenverengerung ersten Grades, im Falle 7 um eine zweiten Grades, in den Fällen 4 und 9 um eine solche dritten Grades. Im Falle 5 bestand ein großes Mißverhältnis zwischen dem großen Kopf des Kindes und dem mütterlichen Becken. Im Falle 6 gab Eklampsie, im Falle 8 ein Karzinom der Portio, mit Schwangerschaft verknüpft, die Indikation zum Eingriff.

Was die Ausführung der Operationen betrifft, so gelang es stets, den Kaiserschnitt extraperitoneal aus-

zuführen; in den Fällen 2, 6, 9 und 11 riß das Peritoneum ein, wurde aber stets sogleich wieder geschlossen. Die Wunddrainage wurde in den Fällen 2, 8 und 11 ausgeführt. Was die Mortalität der Mütter betrifft, so sind zwei Todesfälle zu verzeichnen; im Falle 4 erfolgte der Tod durch Sepsis, im Falle 6 erlag die Frau ihrer Eklampsie. Wir haben demnach unter den 63 Fällen 5 Todesfälle, oder eine Mortalität von 7,9 %.

Was die Mortalität der Kinder betrifft, so starb ein Kind an Lebensschwäche, Fall 8. Wir haben demnach eine Mortalität der Kinder in den 63 Fällen von 14,3 %.

Die Wochenbetten verliefen in den Fällen 1, 2, 3, 7, 8, 9 und 11 vollkommen ungestört, im Falle 5 war eine geringe Wundeiterung vorhanden, im Falle 10 eine starke, jedoch ergab sich weiter keinerlei Komplikation. Im Falle 4 trat am dritten Tage des Wochenbettes eine schwere Sepsis mit Psychose ein, die den Tod am 14. Tage herbeiführte. Im Falle 6 konnte die schnelle Entbindung die Eklampsie nicht aufhalten und der Frau keine Rettung bringen. Die Anfälle häuften sich weiter, und die Frau starb am 4. Tage.

Herrn Geheimrat Prof. Dr. Doederlein gestatte ich mir zum Schluß für die gütige Übernahme des Referates, Herrn Prof. Dr. Baisch für die Anregung zur Arbeit meinen ergebenen Dank auszusprechen.

Literatur.

Baisch, Extraperitonealer Kaiserschnitt in 50 Fällen. 83. Vers. Deutsch. Naturforscher und Ärzte. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gyn., Nov. 1911.

Baumm, Die suprasymphysäre Entbindung. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 14.

Brewitt, Zur Frage des Wundschutzes beim extraperitonealen Kaiserschnitt. Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 43.

Cholmogoroff, Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko. Zentralbl. f. Gyn. 1910, Nr. 16.

Czyzewicz, Extrap. Kaiserschn. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 50.

Czyzewicz jr., Extrap. Kaiserschn. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 14.

Doederlein, Über den extrap. Kaiserschn. Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 4.

— Über den extraperitonalen Kaiserschn. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gyn. 1909, Nr. 29, S. 776.

— Über extrap. Kaiserschn. und Hebosteotomie. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gyn. 1911, Nr. 1.

— Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs, IX. Aufl.

Frank, F., Die suprasymphysäre Entbindung und ihr Verhältnis zu den anderen Operationen bei engen Becken. Arch. f. Gyn., Bd. 81.

Frank, E., Zur Technik des suprasymphysären Kaiserschnitts. Zentralbl. f. Gyn. 1911, Nr. 6.

v. Franqué, Zur Indikationsabgrenzung zwischen extraperitonealem Kaiserschnitt, Totalexstirpation und Kaiserschnitt, und Schambeinschnitt. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., Bd. 63, S. 37.

Fromme, Für den extrap. Kaiserschn. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 17.

Fuchs, Extrap. Kaiserschn. Med. Klinik 1910, VI, 24.

Hofmeier, Der extrap. und der suprasymphysäre Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 29.

— Extraperitonealer Kaiserschnitt. Deutsch. med. Wochenschrift 1908, Nr. 46.

Holzapfel, Rückblicke und Betrachtungen über die Sectio caesarea abdominalis inf. Samml. klin. Vortr., Nr. 334, 335.

Jung, Zur Indikationsstellung und Technik für den klassischen und den extrap. Kaiserschn. Münchn. med. Wochenschr. 1909, Nr. 17 und 18.

Kneise, Zur Frage des extrap. Kaiserschn. Münchn. med. Wochenschr. 1909, Nr. 39.

Knoop, Beiträge zur Indikationsstellung des extraperitonealen Kaiserschn. Münchn. med. Wochenschr. 1909, Nr. 6.
Küstner, Über Sellheims extrap. zervik. Kaiserschn. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 16.
— Für den extrap. Kaiserschn. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. 1911, Nr. 27.
— Kaiserschn., Rückblicke und Ausblicke. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., Bd. 63.
— Über den extrap. Kaiserschnitt, seine Technik und Indikationsstellung. Münchn. med. Wochenschr. 1909, Nr. 34.
— Erprobtes zu schwebenden Kaiserschnittfragen. Verh. d. Deutschen Ges. f. Gyn., XIV.
Latzko, Über den extrap. Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 8.
— Der extrap. Kaiserschnitt, seine Geschichte, Technik und Indikation. Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 14.
Leopold, Welche Stellung nimmt der extrap. Kaiserschnitt ein? Arch. f. Gyn. 1910, Bd. 91.
Nürnberger, Zur Geschichte des extrap. Kaiserschnitts. München, Diss., 1909.
Pfannenstiel, Zur Indikation und Technik des zervik. Kaiserschnittes. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 10.
Reifferscheid, Der extrap. Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 33.
Richter, Zur Kritik des zervikalen Kaiserschnittes. Arch. f. Gyn., Bd. 91.
Rubeska, Sectio caesarea cervicalis. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 17.
— Über den extrap. Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn. 1909, Nr. 33.
Runge, Erfahrungen bei dem suprasymphysären Kaiserschnitt. Arch. f. Gyn., Bd. 89.
Sellheim, Der extrap. Uterusschnitt. Zentralbl. f. Gyn. 1908 Nr. 5.
— Weiteres vom extrap. Kaiserschn. Zentralbl. f. Gyn. 1908, Nr. 10.
— Weiteres über die modernen Bestrebungen zur Veränderung der Kaiserschnittstechnik. Beiträge z. Geb. v. Hegar, Bd. 16, S. 215.
Stöckel, Die klinische und außerklin. Therapie bei engem Becken. Franz-Veit, Ergebnisse der Gyn. 1911, III.
Winckel, Handbuch der Geburtsh., 1906, III.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Friedrich Weile, wurde am 1. August 1888 zu Berlin als Sohn des Baumeisters Samuel Weile und seiner verstorbenen Gattin Fanny, geb. Machol, geboren. Meine Schulausbildung genoß ich auf dem Sophiengymnasium und dem Kgl. Friedrich-Wilhelms-Gymnasium zu Berlin und erlangte an letzterem Ostern 1907 das Zeugnis der Reife. Seit Ostern 1907 widmete ich mich dem Studium der Medizin. Ich studierte in München, später in Berlin, wo ich im Juli 1909 die ärztliche Vorprüfung bestand. Von Oktober 1909 bis Ostern 1910 diente ich im II. rhein. Husarenregiment Nr. 9 in Straßburg i. E. mein halbes Jahr mit der Waffe. Ein Semester verbrachte ich dann in Berlin und ging 1910 nach München, wo ich im Mai 1912 das ärztliche Staatsexamen bestand.